Nr. 3. Warszawa, Marzec 1929 r. Tom I.

Gastrologja Polska

Les resumes des travaux originaux en langues etrangeres se trouvent a la fin du numero.

Redaktor: Dr. med. B. Wejnert. | **Wydawca: Dr. I. Grundzach.**

O djecie roślinnomlecznej w cierpieniach żołądka i jelit.

Podał

PROF. DR. I. BOAS (Berlin).

Kto chce wyrobić sobie sąd z punktu widzenia naukowo-krytycznego o wartości pewnej djety, winien postępować w ten sam sposób, co farmakolog lub patolog, który postawił sobie za zadanie stwierdzenie działania środka leczniczego zapomocą doświadczeń na zwierzętach; musi on badać daną djetę bez stosowania jakichkolwiek innych czynników leczniczych, fizykalnych lub farmakologicznych, oddziałujących na chory ustrój lub chory narząd. Jest to tym niezbędniejsze, że każda forma djetetyczna poza rzadkimi wyjątkami (naprz. djeta mleczna) już sama przez się stanowi tak skomplikowaną mieszaninę różnych składników i tak jest zależna od licznych wahań indywidualnych, że, o ile będziemy wiązali działanie djety z innymi czynnikami leczniczymi, stwierdzenie, co zdziałała djeta, a co zawdzięczamy tym innym czynnikom, staje się niezmiernie trudne lub wprost niemożliwe. Nie zmniejsza to bynajmniej wartości skombinowanego postępowania lekarza - praktyka,

któremu oczywiście przysługuje prawo do sięgania po środki zaradcze do wszystkich dziedzin lecznictwa. Jedno jest tylko dla niego niedostępne: nie może on wyciągać ze swych pomyślnych wyników leczniczych żadnych wartościowych pod względem naukowym wniosków. Ale nawet badacz, który postawił sobie za zadanie dokładne zbadanie działania czynnika lub metody leczniczej, o ile przedmiotem jego badania jest chory człowiek, bywa często zmuszony uciekać się do terapji skombinowanej; oczywiście utrudnia on sobie przez to, lub wprost uniemożliwia dokładne poznanie sposobu działania danego czynnika lub metody leczniczej. W każdym razie dążeniem zarówno naukowo myślącego terapeuty, jak i praktyka, który chce ze swych powodzeń i niepowodzeń wyciągać wnioski naukowe, winno być, aby swój plan leczenia układać możliwie prosto i przejrzyście.

Jedynym znanym w medycynie wewnętrznej przykładem djety świadomej swych celów i ułożonej podług określonego planu jest djeta w cukrzycy. Jednak w tym cierpieniu wynik leczenia djetetycznego jest prosty: jesteśmy bowiem w stanie z matematyczną prawie ścisłością określić wpływ djety na poziom cukru w moczu i we krwi. Każde posunięcie się naprzód lub cofnięcie, każda zasadnicza zmiana djety daje się, niezależnie od innych zmian podmiotowych, odczytać cyfrowo na poziomie cukru.

W pozostałych cierpieniach przemiany materji, a szczególniej w cierpieniach przewodu pokarmowego, jakie tu omawiamy, nie rozporządzamy podobnymi wynikami, dającymi się ustalać cyfrowo. Tutaj musimy uwzględniać zmiany podmiotowe, a więc często bardzo zawodne, a nawet, o ile uda się nam stwierdzić zmiany przedmiotowe, nie możemy uznać ich bezwarunkowo za skutek naszego postępowania leczniczego. Wiemy wszak dzisiaj, że wpływy psychiczne mogą wywoływać w przewodzie pokarmowym wyraźne zmiany czynnościowe, a nawet anatomiczne.

W każdym razie dzięki dawnym badaniom P e n t z o l d t a i późniejszym B i c k e l a, rozporządzamy dziś kilkoma pewnikami odnośnie do czasu przebywania w żołądku i czynności wydzielniczej dla poszczególnych grup pokarmowych. W ostat-

nich czasach poczyniliśmy w tym kierunku dalsze postępy dzięki wprowadzonemu przeze mnie do nauki określeniu tolerancji poszczególnych pokarmów (naprz. cukru), oraz przez określenie wpływu poszczególnych grup pokarmowych na czynność wydzielniczą żołądka drogą badania frakcyjnego. W badaniach tych celuje przedewszystkiem szkoła Bergmanna (Katsch i Kalk, Dienst, Kalk i Siebert), a za nimi i wielu innych autorów.

Uważam badania te, do których jeszcze powrócę, za bardzo cenne, choć liczba ich nie jest jeszcze dość duża i choć w wynikach swoich mają one na względzie tylko czynność wydzielniczą, a nie ruchową żołądka. Niestety z powodu połączonych z tem zagadnieniem trudności, pomijają one wpływ djety na czynności jelit. Stąd wynika, że ocena wartości danej djety lub poszczególnego środka djetetycznego polega zasadniczo tylko na doświadczeniu, a kto śledzi literaturę, ten łatwo może przekonać się, że w żadnej innej dziedzinie nie panuje tyle nieporozumień i sprzeczności, co w djetetyce leczniczej. Poniżej zamierzam omówić djetę roślinno-mleczną (d. r. m.) na zasadzie mego długoletniego doświadczenia. Stosując djetę nieracjonalną co do składu jakościowego lub ilościowego, względnie pod względem kulinarnym, możemy choremu dużo zaszkodzić i odwrotnie stosując w cierpieniach przewodu pokarmowego celowo ułożoną djetę roślinną, mamy niekiedy wprost cudowne wyniki. Na czem polega przewaga d. r. m. nad djetą mieszaną lub przeważająco mięsną?

1. Djeta roślinno - mleczna zależnie od przygotowania kuchennego znakomicie odpowiada postulatom ćwiczenia, względnie oszczędzania przewodu pokarmowego.

2. Zawiera ona bardzo mało soli kuchennej i do przyrządzenia jej potrzeba również bardzo mało soli. (Zawartość soli można jeszcze bardziej ograniczyć dzięki hosalowi, wprowadzonemu ostatnio do lecznictwa).

3. D. r. m. zawiera bardzo mało ciał wyciągowych, natomiast bardzo dużo soli mineralnych (żelazo, fosfor, siarka, magnez, wapień, mangan, fluor, krzem i t. d.).

4) Przyrządzona odpowiednio zawiera bardzo dużo różnych witamin.

5. Rzeczą sporną jest, czy przewaga zasad w djecie r. m. w przeciwieństwie do kwaśnej djety mięsnej ma tak wielkie znaczenie dla racjonalnego odżywiania, jak to sądzą Ragnar Berg i Röse. Nowe światło na to zagadnienie rzucają niezmiernie ważne badania Balinta[1]) i jego uczniów, z których wynika, że we wrzodzie żołądka mamy przesunięcie w kierunku kwasicy. Kalk[2]) wykazał ostatnio, że przesunięcie równowagi zasadowo-kwaśnej w kierunku alkalozy można osiągnąć już przez wyłączne stosowanie djety węglowodanowej, a nie, jak sądził Balint, tylko przez stosowanie soli zasadowych.

6. D. r. m. dzięki dużej zawartości drzewnika stanowi potężny bodziec ruchowy dla kiszek.

7. Dzięki małej zawartości soli kuchennej, oraz innych niezbędnych w djecie mięsnej przypraw, d. r. m. ułatwia znacznie abstynencję alkoholową, a być może i nikotynową.

Tym zaletom d. r. m. należy przeciwstawić i pewne cechy ujemne, a więc:

1. D. r. m., w skład której wchodzi nadmiar węglowodanów, a szczególniej wadliwie przyrządzona pod względem kulinarnym, może łatwo powodować w przewodzie pokarmowym powstanie fermentacji i nieprawidłowego rozkładu, szczególniej o ile brak lub niedostatek kwasu solnego sprzyja nieograniczonemu rozwojowi zwykłych drobnoustrojów kiszkowych.

2. W klimacie północnym zdobywanie świeżych jarzyn i sałat napotyka na duże trudności, szczególniej zimą. Dzięki temu d. r. m. staje się nieomal kuracją sezonową.

3. Jak wiemy z doświadczeń Rubnera znaczna część białka roślinnego nie zostaje w ustroju wykorzystana (chleb razowy, pokarmy strączkowe, kapusta). Stratę tą można jednak znacznie zredukować przez nader staranne przygotowanie kulinarne, szczególniej pokarmów strączkowych.

4. W niektórych sferach społecznych i krajach stare przyzwyczajenia i tradycje stanowią dla systematycznej, przez czas dłuższy stosowanej, djety bez mięsa i ryb niekiedy bardzo zna-

---

[1]) Balint. Ulcusproblem u. Säurebasengleichgewicht. Berlin. 1927.
[2]) Kalk. Kl. Wochenschrift 1928, Nr. 47.

czne przeszkody i zmuszają do kompromisów i ustępstw. Często jednak wina leży po stronie lekarza, jeżeli nie ma on dostatecznego doświadczenia i nie potrafi należycie urozmaicić djety bez mięsa i ryb.

Opierając się na tych ogólnych rozważaniach, przejdziemy obecnie do zapoznania się z najważniejszemi wskazaniami dla d. r. m. w cierpieniach żołądka i jelit.

Opierają się one zgodnie z uwagami, poczynionemi na wstępie, na spostrzeżeniach, poczynionych przeważnie na chorych leczonych tylko przy pomocy d. r. m. bez innych leków.

Głównem wskazaniem dla djety r. m. (odpowiednio przyrządzonej pod względem kulinarnym i zawierającej dostateczną ilość azotu) stanowią w żołądku stany bólowe, połączone z nadkwaśnością.

Już w jednej z mych prac poprzednich[3]) podkreśliłem niekiedy błyskawiczne ustępowanie bólów i palenia pod wpływem odpowiednio przyrządzonej djety roślinno-mlecznej. Pozostawiam tu na uboczu pytanie, czy mamy w tem cierpieniu do czynienia z wyłącznie czynnościowym wzrostem wydzielania, spowodowanym niecelowem lub nieregularnem żywieniem, czy też zgodnie z nowemi pracami Konjetznyego i jego współpracowników—z przewlekłym kwaśnym nieżytem żołądka (co uważam za zupełnie prawdopodobne). Tylko w niewątpliwym wrzodzie trawiennym żołądka lub dwunastnicy przejście do d. r. m. nie daje tak podziwu godnych wyników, choć i tutaj zmniejszenie dolegliwości jest niewątpliwe. Zastrzec się należy, że mimo długotrwałej d. r. m., nadkwaśność, jako taka, zupełnie się nie zmniejsza, i że po gwałtownem przejściu od krótkotrwałej djety r. m. do djety mięsnej lub mieszanej stare dolegliwości łatwo wracają. Stąd wniosek praktyczny, że w trwających lata dolegliwościach, spowodowanych nadkwaśnością, dopiero po kilkomiesięcznem dobrem samopoczuciu możemy powoli wprowadzać do d. r. m. początkowo pojedyńcze dnie z rybą, a później i mięsne. Zarówno ryba, jak i mię-

---

[3]) Boas. Ueber Grenzen und Anzeigen der laktovegetabilischen Diat bei Magen u. Darmekrankungen, Med. Klinik, 1926. Nr. 50.

so powinny być podawane wyłącznie gotowane, a nie smażone. Przeprowadzenie takiej przeważnie r. m. djety przez wiele lat rzadko kiedy napotyka na opór ze strony rozsądnych chorych. W przypadkach, w których mamy podstawy do rozpoznawania wrzodu, szczególniej z utajonemi krwawieniami, d. r. m. nawet przyrządzona najodpowiedniej, przeważnie nie prowadzi do celu. Tutaj pomaga wyłącznie przeprowadzona lege artis djeta przeciwwrzodowa. Po wyleczeniu wrzodu stosuję przez kilka miesięcy djetę r. m., a następnie wprowadzam pojedyncze dni z rybą i mięsne, jak to już wyżej podałem.

Badania Bergmanna[4]) i jego uczniów (Kalk, K. Haug) wykazały, że pewne, uważane poprzednio za szczególnie wskazane, pokarmy roślinne (naprz. szpinak), najzupełniej nie zasługują na tę opinję. Kalk i Haug drogą frakcyjnego badania zawartości żołądka wykazali, że pod wpływem szpinaku krzywa wydzielnicza w zawartości żołądka znacznie się podnosi. Ze spostrzeżeniem tem zgadzają się całkowicie moje własne doświadczenia nad podawaniem szpinaku w kwaśnym nieżycie żołądka i wrzodzie. Rozporządzamy również doświadczeniami z czasów ostatnich, dotyczącemi działania owoców we wrzodzie i nadkwaśności (Berlet i Dennig, Gutzeit i inni). Nie można uważać ich jednak, jako zakończone i decydujące. Godne uwagi stanowisko zajął Gutzeit ze szkoły Steppa w sprawie leczenia wrzodu, a mianowicie, że nasza dotychczasowa djeta przeciwwrzodowa zawiera dostateczne ilości Vitaminy A i B, ale ilość Vitaminy C jest zbyt mała. Temu brakowi stara się Gutzeit zapobiedz przez podawanie soku cytryny lub pomarańczy. Ja od wielu lat stosuję zarówno w kwaśnym nieżycie, jak i po wyleczeniu wrzodu trawiennego, jako owoce przedewszystkiem banany, gdyż jak mnie o tem poucza moje doświadczenie, są one wyśmienicie znoszone, a również z punktu widzenia kalorycznego mają one wartość, jakiej nie należy niedoceniać.

Duże znaczenie ma również d. r. m. w będących dzisiaj przedmiotem gorącej dyskusji zaburzeniach pochodzenia ner-

---

[4]) Bergmann w Handbuch d. in. Medizin. Bergmanna i Stehelina. T. 3. Część 1.

wowego i psychicznego. Ja stoję na stanowisku, że nerwowe schorzenia żołądka i jelit stanowią w zasadzie miejscowe objawy ogólnej neurastenji i że w tych przypadkach zakaz białka zwierzęcego, stosowany przez czas dłuższy, ma wpływ nadzwyczaj dodatni zarówno na nadwrażliwość całego układu nerwowego, jak i na przewód pokarmowy. Natomiast w stanach psychopochodnych przewodu pokarmowego, a szczególniej we „phobiach" (Carcinomophobia, Appendicophobia i t. d.) nie jestem zupełnie zwolennikiem d. r. m.

Odwrotnie, owe ideje prześladowcze tylko w ten sposób mogą być skutecznie zwalczane, jeżeli obarczeni niemi sami dojdą do przekonania, że ich narządy trawienia dają sobie radę z każdem normalnem pożywieniem. Nie obawiam się żadnego przejścia gwałtownego od djety kleikowej, jaką owi nieszczęśliwcy całemi tygodniami lub miesiącami się dręczyli lub byli dręczeni, do niewyszukanego pożywienia bez jakichkolwiek ograniczeń. Jakąkolwiek inną djetę uważam w tych przypadkach za błąd djetetyczny.

Przy tej okazji chciałbym wspomnieć o migrenie, która często jest powodem narad z gastrologami, szczególniej o ile w związku z nią występuje zaparcie nawykowe. Nie jest to rzecz powszechnie wiadoma, jakkolwiek zwróciły na to uwagę prace Haigsa przed z górą 30 laty, że d. r. m. planowo stosowana przez czas dłuższy, stanowi jedną z najbardziej celowych metod do zwalczania migreny i stanów migrenowych. Nie chcę bynajmniej przesadzać i nie twierdzę, że d. r. m. może całkowicie usunąć starą, trwającą lata, możliwie nawet, że dziedziczną migrenę, a szczególniej migrenę okresu przekwitania. Jednakże niezmiernie często spostrzegałem, że w kilka miesięcy lub lat po skreśleniu z djety pokarmów zwierzęcych napady migreny traciły swój ciężki charakter, występowały rzadziej i w znośniejszej postaci, tak, że można było znacznie zmniejszyć lub zupełnie zaprzestać stosowania pyramidonu, aspiryny lub migreniny (a wszak tu możemy mówić o nałogu w używaniu tych środków). W poszczególnych przypadkach u bardzo energicznych chorych z niezmiernie ciężką migreną spostrzegałem zupełne ustępowanie ataków, co prawda tylko po kilkoletniem stosowaniu d. r. m.

Pomyślne wyniki d. r. m. w przewlekłem zaparciu nawykowem są powszechnie znane. Jednak co do poglądów o sile i granicach działania tej djety napotykamy jeszcze często nieporozumienia; często nawet znani i wytrawni lekarze powątpiewają, czy w uporczywych przypadkach tego cierpienia możemy obejść się bez stosowania środków sztucznych lub lawatyw wszelkiego rodzaju. Chociaż omówiłem już obszernie to zagadnienie w mojej wydanej wspólnie z Kellingiem djetetyce cierpień przewodu pokarmowego (Lipsk 1926, str. 84) uważam tu za konieczne znowu podkreślić, że zagadnienia tego nie można wyczerpać w ten sposób, że jeden autor stwierdza skuteczność d. r. m., a inny przeczy temu. Że ta djeta, jak i jakakolwiek inna, nie we wszystkich przypadkach prowadzi do celu, nie podlega żadnej dyskusji. Punktem zasadniczym jest odróżnianie odpowiednich i nieodpowiednich przypadków. Co do tych pierwszych — bezwzględnie pomyślne wyniki — a w moich przypadkach wyniki stałe — widziałem u osobników młodych i u tych ze starszych, u których zaparcie datuje się od niedawna (2 — 3 lata), pozatem u chorych, którzy nie wyczerpali jeszcze całego arsenału silnych i najsilniejszych środków czyszczących. A więc dokładny wywiad zaparcia nawykowego gra bardzo ważną rolę w ustalaniu planu leczenia. Jeżeli zaparcie trwa dziesiątki lat, a chorzy stosowali silne środki czyszczące w różnych postaciach, trudno się dziwić, że djetetyczne środki zaradcze, jaknajbardziej wyrafinowanie pomyślane, stają się bronią pozbawioną działania. Jednak, jak to wyraźnie należy podkreślić, nie są one bezużyteczne. Osiąga się przy ich pomocy niekiedy dobre wyniki, o ile się umiejętnie je kombinuje z lekkimi środkami czyszczącymi, które poprzednio były zupełnie bezskuteczne. Tu i ówdzie udaje się po pewnym czasie zmniejszyć dawkę tych środków czyszczących, a po dłuższym czasie możliwe staje się niekiedy całkowite ich usunięcie. Zasadniczo jestem przeciwnikiem stosowania leczenia djetetycznego w zaparciu nawykowem u starców. Tutaj jakiekolwiek leczenie djetetyczne jest, mojem zdaniem bezcelowem znęcaniem się.

Od rodzaju i istoty zaparcia nawykowego zależy forma, a przedewszystkiem przygotowanie kulinarne d. r. m. Chory

na zaparcie atoniczne, którego żołądek znosi każde pożywienie, a jedynie prasa brzuszna zawodzi, może spokojnie używać pożywienia grubszego, zawierającego dużo drzewnika. Chory, u którego podmiotowo przeważają kolki i wzdęcia, a przedmiotowo stwierdzamy skurcz pętli jelit, winien otrzymywać nader starannie przyrządzone pożywienie roślinne. Głównym składnikiem menu winny być tłuszcze wszelkiego rodzaju (śmietana, masło, oliwa, majonezy), działające jako smary, ułatwiające prześlizgiwanie się zawartości jelit. W tych przypadkach odchylam się o tyle od djety r. m., że podaję chorym codziennie tłuste danie z ryby lub mięsa z jarzyną. Niezbędnym warunkiem dla tej djety jest, aby chorzy znajdowali się w stanie niedożywiania lub przynajmniej wzrost wagi nie był przeciwskazany. Ujemne lub zgoła niedostateczne wyniki po d. r. m. osiągamy w tych przypadkach zaparcia nawykowego, w których, jak to wynika z wywiadu, i środki czyszczące różnego rodzaju zupełnie nie działają, względnie tylko w bardzo dużych nieodpowiednich dawkach, podczas, gdy lawatywy okazują się natychmiast skuteczne. To są przypadki, w których na zasadzie mego doświadczenia, popartego wynikami badania rentgenowskiego, siedliskiem zaparcia jest e s i c a. Zbyt mało znany jest fakt, że przyczyną zaparcia tego typu są przeważnie nietypowe węzły esicy. Niekoniecznie musi to być prawdziwa choroba H i r s c h p r u n g a, a tylko mechaniczne przeszkody dla transportu kału, spowodowane przez częściowe załamania, przesunięcia, zrosty w tym odcinku. Nic dziwnego w tych warunkach, że środki djetetyczne, ani czyszczące nie prowadzą do celu. Tym chorym można pomóc przez stosowanie przez odbyt wlewań lub czopków glicerynowych, dużych lub małych lawatyw z oliwy lub parafiny, względnie wprowadzonej przezemnie do lecznictwa mieszanki oleju rącznikowego, tranu i sody. O ile środki te okazują się niedostateczne, względnie o ile chorzy chcą wyzwolić się od przykrości stosowania środków drogą odbytu, można po n i e w ą t p l i w e m s t w i e r d z e n i u p r z e s u n i ę ć l u b z r o s t ó w e s i c y doradzać, jako ultimum refugium, zabieg operacyjny. Ale i w tych przypadkach, kiedy d. r. m. jest wskazana, nawet przy dobrych wynikach należy dążyć do tego, aby doprowadzić powoli chorych

do normalnego pożywienia. O ile jednak nie chcemy zmarnować osiągniętych wyników, nie powinniśmy postępować tu zbyt raptownie, ale powoli, etapami, wprowadzając zrazu dzień mięsny lub rybny raz na tydzień, aby następnie przy zadawalającej perystaltyce kiszek stopniowo rozszerzać dietę.

Wreszcie chciałbym zwrócić uwagę na pomyślne działanie d. r. m. w wypryskach[5]), które, jak wiadomo, szczególniej o ile trwają lata, są odporne na działanie maści, a niekiedy nawet i promieni Rentgena. Narazie rozporządzam tylko trzema pomyślnymi wynikami, nie mogę więc wypowiedzieć ostatecznego wniosku. Dotychczasowe wyniki uważam jednak za nader zachęcające. Zauważyłem, że wyleczenie następuje dopiero po kilkotygodniowem leczeniu, o czem należy uprzedzić niecierpliwych chorych przed początkiem leczenia. Prawdopodobnie lecząco działa w djecie mała zawartość soli kuchennej i nadmiar ciał zasadowych.

O ile dobre są wyniki odpowiednio zestawionej i przyrządzonej d. r. m. w omówionych zaburzeniach żołądka i jelit, o tyle może ona przynieść niepowetowane s z k o d y w innych cierpieniach. Nawet zwykły nieżyt żołądka z niedokwaśnością lub brakiem kwasu nie jest wdzięcznym objektem dla wyłącznej lub nawet przeważającej d. r. m. W przeciwieństwie do kwaśnego nieżytu winniśmy tutaj pobudzać zanikające wydzielanie kwasu solnego przez pożywienie, obfitujące w sól kuchenną i ciała wyciągowe. W całkowitej bezsoczności powinniśmy, nawet jeżeli kiszki działają jeszcze sprawnie, liczyć się z możliwością biegunek pochodzenia żołądkowego i dlatego winniśmy być nadet ostrożni z podawaniem owoców, jarzyn, sałaty, kwaśnego mleka, kefiru, jogurtu, potraw i płynów zbyt zimnych. O ile doszło już do biegunek, d. r. m. może doprowadzić do katastrofalnych zaburzeń odżywiania i groźnego stanu. Wprowadzony przez A d. S c h m i d t a podział tych czynnościowych zaburzeń kiszkowych na „d y s p e p s j e g n i l n e" i „f e r m e n t a c y j n e" nie da się na zasadzie doświadczenia doby dzisiejszej ściśle utrzymać. Mojem zdaniem w obydwuch posta-

---

[5]) Oczywiście mam tu na względzie przypadki, gdzie wyprysk nie jest wtórny (na skutek pasożytów (oxyuris), guzów krwawicowych, przetoki odbytu i t. p.).

ciach zaburzeń najlepiej będzie z początku usunąć z djety całkowicie mleko, jarzyny, sałatę, wszystkie rodzaje rzodkwi i z niewielkimi wyjątkami owoce; mięso zaś, w szczególności wołowinę, baraninę i wieprzowinę zabraniać tylko tam, gdzie badanie drobnowidowe kału wykazuje stale złe trawienie mięsa. Co do jaj i potraw z jaj, to są one w sprawach gnilnych przeważnie źle znoszone, w sprawach fermentacyjnych podawanie ich nasuwa mniej wątpliwości, jednak nie zawsze daje bezwarunkowo pomyślne wyniki. Tutaj bez ostrożnych prób obejść się nie można. Wyśmienicie znoszone są zarówno w dyspepsji fermentacyjnej jak i gnilnej kasze (cerealia: ryż, manna, kaszki) jak i pokarmy mączne (kluski, makaron, pulpeciki). Bardzo dobrze znoszone są prawie wszystkie sery, ser twardy szczególniej roztarty. O ile usuwamy z pożywienia jarzyny, sałaty, rzodkwie i owoce, grozi nam, szczególniej o ile te ograniczenia stosujemy przez czas dłuższy, niebezpieczeństwo awitaminozy. Nie dochodzi coprawda w podobnych przypadkach do gnilca (szkorbut) i zbliżonych do niego stanów, jednak chorzy mimo pożywienia dostatecznego pod względem ciepłostkowym są wyczerpani i niezdolni do wysiłków. W obrazie krwi spostrzegamy wyraźne objawy niedokrwistości. W tego rodzaju przypadkach zapobiegam niedoborowi witamin w djecie przez podawanie pokarmów, obfitujących w witaminę C, a więc sok cytrynowy i pomarańczowy, oraz szczególniej banany.

Jak mówiliśmy już poprzednio, również w dyspepsjach gnilnych i fermentacyjnych przedewszystkiem powinniśmy zawsze myśleć o tem, aby w miarę poprawy sprawności jelit i przv normalnym obrazie krwi powoli przywrócić normalne warunki, a więc i tutaj wprowadzając z początku dnie jarzynowe, przyrządzone niezmiernie ostrożnie, a dalej przy oczywiście zupełnie zadawalającej działalności jelit dnie sałatowe i owocowe. Niezbędny jest tutaj staranny wybór i zachowanie koniecznych ograniczeń pod względem ilościowym i jakościowym.

W tem celowem posuwaniu się naprzód — a w razie potrzeby i cofaniu, upatruję najwyższą sztukę lekarza — djetetyka, szczególniej, że nie rozporządzamy jeszcze innymi przedmiotowymi sprawdzianami, któreby dały nam dokładne podstawy do ustalenia poprawy sprawności kiszek tak, jak ustalamy poprawę w cukrzycy.

Daliśmy powyżej kilka przykładów cierpień przewodu pokarmowego, nadających się do leczenia d. r. m. Rozpatrzenie wszystkich cierpień z tego punktu widzenia przekracza ramy niniejszej pracy.

Głównem mojem zadaniem była próba ujęcia tej, jak dotychczas, prawie wyłącznie empirycznie stosowanej postaci djetetycznej w węższe ramy do pewnego stopnia dokładnych i krytycznie ujętych wskazań. Z d. r. m. dzieje się to samo, co z lekami farmakologicznymi: tylko ten może je stosować z pożytkiem, kto dokładnie zna i potrafi ocenić nietylko ich pożytek, ale i szkodę, jaka wyniknąć może z ich działania głównego i pobocznego.

Przełożył *Dr. L. Justman.*

Trzy lata cholecystografji.*)

podał

DR. B. KRYŃSKI.

Ocena wartości jakiejkolwiek metody pomocniczej w medycynie możliwa jest tylko drogą krytyki. Ta zaś, by była rzeczowa i celowa, wymaga dłuższej obserwacji. I jeśli dziś, w 3 lata po pierwszym mym odczycie o cholecystografji, mam zamiar poruszyć tą sprawę ponownie, czynię to dlatego, iż uważam, że nadszedł czas, kiedy możemy powiedzieć wreszcie o cholecystografji coś konkretnego z punktu widzenia klinicznego i rentgenologicznego. Trzy lata doświadczenia, zbieranego na całym świecie na setkach tysięcy przypadków, to materjał solidny, z którego mamy wreszcie prawo wyprowadzić wnioski.

Już sam fakt, iż o cholecystografji jeszcze się pisze i mówi, dowodzi, iż metody tej nie da się, jak to przepowiadał początkowo B e c l è r e, odłożyć do aktów. Klinika nie może i nie chce bez niej się obejść. Z drugiej jednak strony, różnorakość poglądów w ocenie jej wartości świadczy o pewnych jej brakach.

---

*) Wygłoszone na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego dn. 23.I.29.

Zagadnienie nasze podzielić musimy na 2 części: kliniczną i rentgenologiczną.

Nas rentgenologów interesuje przedewszystkiem, jak otrzymać dobry obraz pęcherzyka, klinicystów — co obraz ten nam pokaże. Zarówno co do jednego jak i drugiego zaczyna, zdaje się, panować pewne ujednostajnienie poglądów.

Jak Panom wiadomo, pierwszym klasycznym sposobem podania soli sodowych jodu, obecnie wyłącznie prawie stosowanych, było podanie dożylne Grahama i Colle. Klasyczny ten sposób zachował się do dziś dnia i ma wielu zwolenników, gdyż daje on największy odsetek wypełnień pęcherzyka. By stać się środkiem nieszkodliwym, jakim jest on de facto, wymaga jednak stosowanie jego zachowania całego szeregu ostrożności.

Jeśli spytamy się 2-ch fachowców co myślą o podaniu dożylnem tetrajodu, jeden odpowie, iż uważa sposób ten za zupełnie niewinny, drugi zaś za wręcz niebezpieczny. Zależy to oczywiście od zebranego doświadczenia. Ja osobiście uważam sposób ten za zupełnie nieszkodliwy, gdyż na 1600 zastrzyków nie widziałem ani jednego przypadku poważnego powikłania. Nie nazywam powikłaniem oczywiście tych drobnych dolegliwości, w postaci krótkotrwałych dreszczów, wędrujących po jamie brzusznej bólów, nudności, które obserwowaliśmy w 15% naszych przypadków, a które trwały w całości 15 — 45 minut. Prawda, iż zastrzykiwaliśmy choremu 20 minut przed podaniem tetrajodu, podskórnie atropinę. Używaliśmy do zastrzyków preparatu wyłącznie Mercka (preparaty innych fabryk okazały się mniej korzystne), którego rozczyn przygotowywaliśmy i sterylizowaliśmy zawsze sami, a i sam zastrzyk wykonany był przez nas zawsze w tych samych warunkach.

Te jednak drobne dolegliwości przeistaczały się w niedoświadczonym ręku w zaburzenia poważne, odstraszające klinicystę od stosowania podania dożylnego.

Nic więc dziwnego, iż już od pierwszych chwil cholecystografji, idąc śladem Sabattiniego i Milaniego, klinika szukała innych dróg podania tetrajodu, nie ustępujących w wynikach podaniu dożylnemu, a prostszych i dostępniejszych w użyciu. A więc Sabattini i Milani stosowali doustnie. Natrium

bromatum i strontium bromatum. S p r o u l l podawał 2 — 3 gr. soli jodowych w papce z mąki pszennej z syropem. S c h w a r z— Dijodatophan (Biloptina) w tabletkach. K i r k l i n — dijodo diaethylaether disalicytphtaleiny. F a n t u s rozcieńczał preparat tetrajodu w mleku lub wodzie, podając na krótko przed spożyciem środka kontrastowego kieliszek rozczynu natrium lub calcium carbonicum. Po spożyciu zaś, aż do zobojętnienia sole zasadowe. B r u g s c h i H o r s t e r s polecili Videofell, czyli połączenie phenolphtaleiny z kwasem żółciowym. G e l i n g — decholinę (kwas dehydrocholowy). Wreszcie W h e a t l a y używał tetrajodu w pigułkach żelatynowych, popijając sodą.

Próbowano pominąć zetknięcie się środka kontrastowego ze śluzówką i sokami żołądkowymi, podając go przez odbytnicę (S t e g e m a n) lub przez zgłębnik dwunastniczy. Skorzystano w tym samym celu z nierozpuszczalności salolu i keratyny w żołądku i pokryto nimi pigułki kontrastowe. Wreszcie zwiększono ilość podanego doustnie preparatu do 7 — 8 gram (Z o l l s c h a n).

I wszystko to z jakim wynikiem? Dawaliśmy w płynach lub papce, a otrzymywaliśmy silne zaburzenia ze strony żołądka, dawaliśmy w pigułkach keratynowanych — nie mieliśmy zaburzeń żołądkowych, lecz większość pigułek nie rozpuszczała się (rys. 1). I w najlepszym razie mieliśmy odsetek wypełnień pęcherzyka znacznie mniejszy (50%) od dożylnego. Znaczna część niewypełnionych pęcherzyków paść musiała na koszt samej metody, a nie pęcherzyka. Nie mogliśmy wykorzystać stopniowania cieni, nie mogliśmy często pozbyć się drobnych cząstek kału, intensywnie zabarwionych środkiem kontrastowym, których umiejscowienie się w okolicy pęcherzyka dawało powód do mylnych rozpoznań. (rys. 2). Niektóre z wymienionych preparatów były wręcz szkodliwe, jak np. Biloptina, po zastosowaniu której spostrzegano podostry żółty zanik wątroby.

Za ujemne wyniki składano winę na kwas solny żołądka, który tworzy jakoby z tetrajodem związek nierozpuszczalny. Doszukiwano się przyczyny w upośledzeniu czynności wydzielniczej żołądka. Wszystko to jednak prawie bez skutku Mówię „prawie", gdyż wyniki nie wypadały jednakowo u wszyst-

kich badaczy. Z jednej strony większość, którym nie udawało się osiągnąć dodatnich wyników, z drugiej strony szereg jednostek, twierdzących o wynikach doustnych conajmniej takich, jak dożylnych. Do tych ostatnich należy np. klinika Mayo, która operuje materjałem statystycznym dziesiątków tysięcy przypadków (statystyka za sam tylko rok 1928 wykazuje 5700 przypadków).



Rys. 1. Chol. doustna. 2 duże cienie kamieni. Szereg nierozpuszczonych pigułek.



Rys. 2. Masy kałowe zabarwione doustnym środkiem kontrastowym. Słaby pęcherzyk.

Przyczyny tego doszukiwać należy się w tym, iż amerykańscy autorowie rozporządzają takimi środkami technicznymi, na które my sobie pozwolić nie możemy, jak np. 15 — 20 zdjęć u jednego chorego i wreszcie jest to materjał szpitalny, a tym samym dostępniejszy do wszelkiego rodzaju eksperymentów. Trudno jest u chorego ambulatoryjnego powtarzać zdjęcia co parę godzin w ciągu kilku dni, głodząc chorego, lub też powtarzać cholecystografję co parę dni.

Na materjale II-go Oddziału Chirurgicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego i z praktyki naszej prywatnej wypróbowaliśmy różne sposoby (w tem około 100 doustnych) i przyszliśmy do przekonania, iż najpewniejszym jest sposób dożylny,

gdyż otrzymywaliśmy, jak już zaznaczyłem, przy nieznacznych dolegliwościach najlepsze wyniki, potwierdzone operacyjnie. W tem jednak naszem przekonaniu zostaliśmy zachwiani dopiero niedawno. Szwedzki lekarz Sandstroen podał nowy sposób doustny, któryśmy wypróbowali, a wyniki otrzymane są tak zachęcające, iż obecnie wszystkie nasze przypadki badamy w ten sposób. Polega on na tym, iż 3 — 3½ gr. Jodtetragnostu Mercka rozpuszcza się w 2-ch szklankach wody sodowej i wypija płyn ten powoli (w ciągu ½ godziny). Po spożyciu zachowuje się pozycję leżącą na prawym boku w ciągu 1 godziny, poczem wolno wstać oraz spożywać pokarmy płynne w ciągu 3 — 4 godzin. W 14 godzin po spożyciu zostaje dokonane w zwykłych warunkach pierwsze zdjęcie. Z 56-ciu, tym sposobem badanych przypadków widzieliśmy zaledwie w jednym wymioty w 1 godzinę po spożyciu, a w 2-ch biegunkę. Ciekawe jest, iż u chorej, która zwymiotowała zabarwione na niebiesko masy, otrzymaliśmy bardzo ładny obraz pęcherzyka, jak przekonać się możemy z rentgenogramu (rys. 3). Najwięcej przekonywające były dla nas te przypadki, w których przedtem dokonane było badanie, czy to dożylnie, czy to innym sposobem doustnym. Z 5-ciu takich przypadków 2 przypada na pigułki keratynowane, a 3 na zastrzyk dożylny. W pierwszych 2-ch, przy badaniu pierwotnym, pęcherzyk nie wypełnił się, aczkolwiek klinika nie miała żadnych danych na schorzenie pęcherzyka. Obecnie otrzymaliśmy kontrastowy obraz pęcherzyka, bez cech jego schorzenia. W pozostałych 3-ch przypadkach obraz dożylny i doustny zgadzają się w zupełności.

Niestety ilość operacyjnie sprawdzonych przypadków jest zbyt mała, by módz wydać ostateczny sąd, to jednak co stwierdziliśmy dotychczas, jest bardzo zachęcające.

Rozstrzygnięcie strony technicznej można uważać chwilowo za zadawalniające.

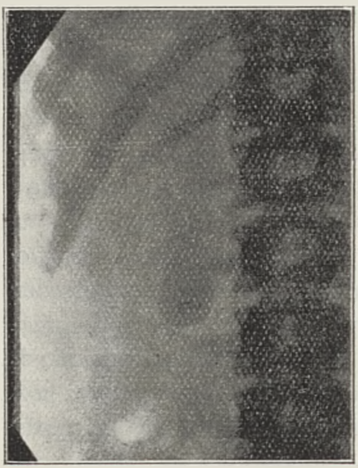
Jak przedstawia się strona kliniczna?

Tu w poglądach naszych zaszła duża zmiana. Musieliśmy poddać rewizji nasze zapatrywania i uzgodnić je z wynikami klinicznymi.

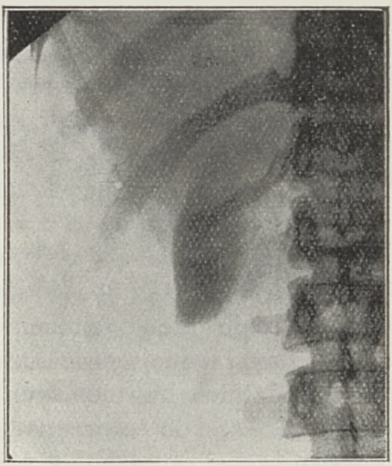
Porozumienie to dało wyniki następujące:

I. Pęcherzyk wypełnia się mniej lub więcej intensywnie. Dowodzi to zdolności wydzielniczej wątroby i koncentracyjnej pęcherzyka. Wykorzystanie stopnia nasilenia cieniowego jest możliwe tylko przy podaniu dożylnem i to dwukrotnem. Obydwa jednakowe wyniki dadzą się zużyć w tym kierunku, iż słabe wypełnienie należy do obrazu patologicznego. Przy podaniu doustnem należy stosować dużą rezerwę, gdyż wypełnienie przy badaniach wielokrotnych bywa niejednakowe i naogół znacznie słabsze od dożylnego.

Wypełnienie się intensywne nie zawsze jednak świadczy, iż pęcherzyk nie wykazuje zmian chorobowych. Zdarza się bowiem, iż ściśle wypełniony pęcherzyk kryje w swem wnętrzu kamicę. Uważamy, iż podana w literaturze cyfra 30% takich przypadków, jest stanowczo zbyt wysoką. Przypadki takie obserwowaliśmy i jeden z takich obrazów załączamy (rys. 4).



Rys. 3. Chol. doustna sposobem Sandstroena. Kamica.



Rys. 4. Chol. dożylna. Wypełnienie intenzywne. Operacyjnie kamica.

Przypuszczać należy, iż zbyt silny rozczyn środka kontrastowego zbyt mocno wypełnia pęcherzyk i przykrywa cienie drobnej kamicy. Dotyczy to szczególnie jednostek młodych. Zgadzamy się w zupełności z W h i t a k e r e m, iż jedynym sprawdzianem jest w tych przypadkach próba na zdolność wydzielni-

czą pęcherzyka. Intensywnie wypełniony pęcherzyk, który w 1 — 6-ciu godzin po spożyciu przez chorego tłuszczu zmniejszył się do 1/10 — 1/20 swej pierwotnej wielkości, nie może być zaliczony do chorych.

Dlaczego duży odsetek pęcherzyków, wypełnionych kamieniami wykazuje dostateczne zdolności koncentracyjne, omówimy wkrótce w wynikach oddzielnej pracy doświadczalnej.

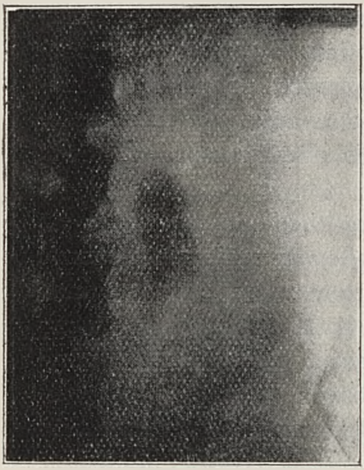
II. Kształt i położenie. Zdjęcia winny być dokonane porównawczo w pozycji stojącej i leżącej. Dokonywane zwykle zdjęcia w pozycji leżącej na brzuchu odtwarzają warunki anormalne. Pod uciskiem powłok brzusznych i jelita pęcherzyk unosi się często do góry, przemieszcza się dośrodkowo lub odśrodkowo, zmniejsza się lub powiększa lub też zupełnie zmienia swój kształt (rys. 5). Widziałem w stojącej pozycji pęcherzyki opadowe, które w pozycji leżącej uwydatniały się na rentgenogramie pod samym łukiem żebrowym, widziałem też i zjawiska odwrotne. Jedynie identyczny wynik obydwu badań daje się zużytkować rozpoznawczo.

III. Zawartość pęcherzyka. Nie będę mówił o tych przypadkach kamicy, które przedstawiam tu na rentgenogramach (rys. 6, 7, 8, 9. 10), gdyż obrazy te nie podlegają dyskusji. Nazwijmy je wobec tego kamicą „klinicznie-rentgenologiczną", w przeciwieństwie do t. zw. kamicy rentgenologicznej. Są to te przypadki, gdzie klinicysta nie jest pewny swego rozpoznania, a rentgenolog znajduje w obrębie cienia pęcherzyka, lub w razie niewypełnienia się pęcherzyka, w jego przypuszczalnym umiejscowieniu, szereg mniejszych lub większych cieni dodatnich lub ujemnych i ztąd wyciąga swe wnioski rozpoznawcze. Są to te przypadki, gdzie zbyt odważny, lub mniej doświadczony rentgenolog najczęściej przeżywa swe rozczarowania, nieznajdując na stole operacyjnym kamicy tam, gdzie ją przypuszczał. Najczęstszym źródłem błędu są drobne cząstki kału, w jelicie grubym, które np. przy podaniu doustnym zabarwiają się silnie kontrastem i projektują się na cień pęcherzyka. Dla uniknięcia tego błędu należy przed zdjęciem kontrolnem oczyścić jelito enemą. Zwapnienia chrząstek żebrowych, zwapnienia nekrotycznych ognisk w wątrobie, poprzeczny wyrostek pierwszego kręgu lędźwiowego, zwapniałe gru-

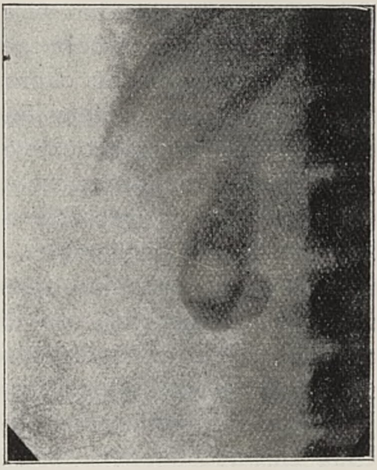
czołki, drobne zbiorniki powietrza w dwunastnicy, resztki pokarmu kontrastowego lub pigułek kontrastowych, kamica nerkowa — oto dalsze źródła nieporozumień. By uniknąć rozczarowań winniśmy badać chorego w różnych pozycjach i kierunkach po odpowiedniem jego przygotowaniu. Jedynie systematyczne powtarzanie się tego samego obrazu usprawiedliwia nasze wnioski rozpoznawcze.

IV. Pozostają wreszcie te przypadki, gdzie nie udaje się otrzymać obrazu pęcherzyka. Tu przedewszystkiem zaznaczyć muszę, iż nieotrzymanie obrazu na I-szem zdjęciu nie powinno zniechęcić rentgenologa do dalszych badań. Obserwowaliśmy przypadki, gdzie w 8 i 14 godzin po zastrzyku cienia pęcherzyka nie było, a w 24 godziny wystąpił bardzo wyraźnie. Widziałem przypadki, gdzie chory był nieodpowiednio przygotowany i I-sze zdjęcie dokonane w 12 godzin po zastrzyku nie wykazało pęcherzyka, a 10 minut potem, po obfitej enemie, otrzymaliśmy ładny obraz. Zdarza się, iż zdjęcie przednio-tylne nie wykazuje pęcherzyka, a boczne wyciąga go z po za cienia kręgosłupa.

W dawnych naszych pracach i referatach, broniliśmy narówni zresztą z większością innych autorów, tezy, iż niewypełnienie się pęcherzyka przemawia stanowczo za sprawą chorobową wątroby, przewodów lub pęcherzyka. Doświadczenia zebrane w ciągu tych lat trzech, przekonało nas jednak, iż tak nie jest. Okazało się bowiem ,iż pęcherzyk żółciowy bierze czynny udział w życiu swych sąsiadów i nie wypełnia się i wtedy, gdy sprawa chorobowa toczy się w którym z nich. Na pierwszy plan wysuwa się tutaj owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy. Im bliżej pęcherzyka znajduje się owrzodzenie, tem większy jest odsetek niewypełnionych pęcherzyków. Dalej idzie schorzenie wyrostka robaczkowego, trzustki i bezsok żołądkowy. Chcąc więc zużytkować rozpoznawczo ujemny wynik cholecystografji, musimy wykluczyć powyższe schorzenia. Równoczesne badanie przewodu pokarmowego oddaje nam w tym kierunku cenne usługi. To też we wszystkich naszych wątpliwych przypadkach badamy i przewód (rys. 11, 12). Przyznać trzeba, iż istnieje jeszcze współczynnik nerwowy, który również wpływa na niewypełnienie się pęcherzyka, lub



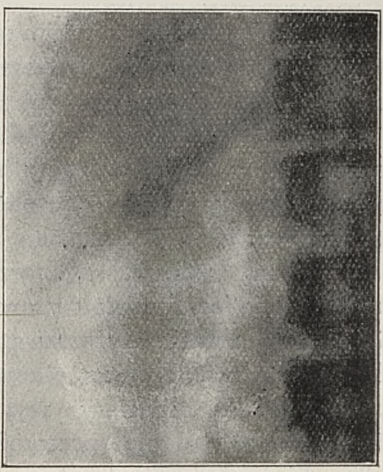
Rys. 5. Chol. dożylna. Zniekształcenie wskutek ucisku.



Rys. 6. Chol. dożylna. Kamica. Kontrola operacyjna.



Rys. 7. Chol. doustna S a n d s t r o e n a. Kamica.



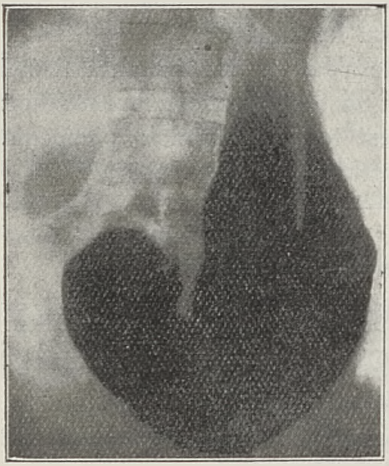
Rys. 8. Chol. dożylna. Pęcherzyk niewidoczny. Zabarwienie dużego kamienia.



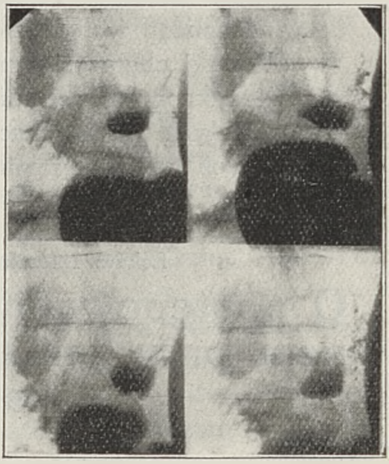
Rys. 9 Chol. doustna Sandstroena. Kamień w uchyłku.



Rys. 10. Chol. dożylna. Duży pęcherzyk wypełniony masą drobnych kamieni.



Rys. 11. Chol. dożylna wraz z obrazem żołądka.



Rys. 12. Chol. dożylna. Serjowe zdjęcie dwunastnicy wraz z pęcherzykiem.

nadaje mu kształty atypowe. Jeden taki przypadek, sprawdzony operacyjnie, przedstawiłem na zjeździe w Berlinie. Na stole operacyjnym udało nam się stwierdzić stany skurczowe w obrębie żołądka i pęcherzyka, które były wyłączną przyczyną zarówno obrazu klinicznego jak i rentgenologicznego. Spostrzegaliśmy dwa przypadki, w których nie udało się otrzymać obrazu pęcherzyka, aczkolwiek nie było żadnych danych klinicznych na schorzenie pęcherzyka lub przewodu pokarmowego. Powtórna cholecystografja, dokonana w 2 tygodnie po pierwszej, wykazała intensywnie wypełniony pęcherzyk o prawidłowych konturach. Obydwa te przypadki dotyczyły wagoników.

Reasumując, przychodzimy do następujących wniosków:

Cholecystografja, jako metoda pomocnicza, nieszkodliwa, a oddająca duże korzyści rozpoznawcze, winna być stosowana we wszystkich przypadkach, podejrzanych na schorzenie pęcherzyka, wespół z badaniem przewodu pokarmowego.

Udoskonalenie metody doustnej (sposób Sandstroena) pozwala na stosowanie jej, jako metody zasadniczej, zaś w przypadkach wymagających kontroli (wątpliwych) wskazane jest stosowanie dożylne. To ostatnie winno być dokonane przez doświadczonego w tym kierunku lekarza.

Wyniki cholecystografji decydują o rozpoznaniu li tylko w przypadkach pewnej kamicy, na technicznie dobrem zdjęciu, w pozostałych przypadkach jest to tylko środek pomocniczy z większym lub mniejszym odsetkiem wiarogodności.

(Ze Szpitala im. Małż. Poznańskich w Łodzi.
Lekarz Naczelny Dr. A. J. Goldman).

O postępowaniu przed i pooperacyjnem przy zabiegach na przewodzie pokarmowym.*)

podał
Dr. A. GOLDMAN (Łódź).

Chętnie czynię zadość zaszczytnemu zaproszeniu Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego, aby omówić temat powyższy,

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu P. Tow. Gastrol. w styczniu 1929 roku.

gdyż stanowi on wspólny teren pracy internisty i chirurga. Chirurg nie może być jedynie wykonawcą postanowienia internisty o konieczności zabiegu i nie powinien ograniczać się tylko do wyboru metody, jaką posługiwać się będzie przy wykonaniu zabiegu. Internista zaś powinien współdziałać stale z chirurgiem, tak podczas okresu przygotowawczego, jak i po wykonaniu zabiegu.

Współpraca chirurga z internistą rozpoczyna się od wspólnego dokładnego rozpoznania samego cierpienia i ustalenia w możliwych granicach stopnia wydolności ustroju wobec zakłócającego równowagę sił zabiegu. Następnie przystępujemy do starannego przygotowania chorego do zabiegu, bez czego nawet najlepiej technicznie wykonany zabieg kończy się niekiedy fatalnie. Niemniej mści się lekceważenie takich czynników, jak umiejętne postępowanie pooperacyjne. Wymagana tu jest duża znajomość rzeczy, wyszkolenie i doświadczenie chirurga i internisty, ale tem większa jest ich zasługa i zadowolenie, jeżeli wyprowadzą chorego z nader ciężkiej sytuacji. Niema granic dla pedantyzmu i ścisłego systematycznego postępowania tam, gdzie od najmniejszej drobnostki zależne jest życie chorego.

Przebiegnijmy w krótkich zarysach ogólne przygotowanie chorych do zabiegów. Musimy więc wyodrębnić te czynniki, jakie winny górować przy zaznajamianiu się z całokształtem sprawności całego ustroju, gdyż liczenie się tylko i wyłącznie ze stanem chorego narządu mści się często i niepowetowanie na wyniku nawet najlepiej pod względem technicznym wykonanego zabiegu.

Po zebraniu dokładnych wywiadów, stwierdzeniu, czy mamy do czynienia z cierpieniem ogólnem, jak kiła, gruźlica, cukrzyca, przystępujemy do zapoznania się z właściwościami ustrojowemi, konstytucją danego osobnika. Wiemy, że typ asteniczny Stillerowski sprzyja powstawaniu zrostów pooperacyjnych skutkiem zaburzeń w tworzeniu się podściółki włóknistej. Chorzy ze *status astenicus adiposus* skłonni są do zaburzeń ze strony dróg oddechowych, do zakrzepów i zatorów, oraz do wadliwości blizn i przepuklin pooperacyjnych. Limfatycy, oporni wobec gruźlicy, skłonni są do zakażeń

pooperacyjnych. *Status tymico-lymphaticus*, hypoplastyczna konstytucja Bartelsa, skaza wysiękowa Czerny'ego — rozpoznanie tych stanów, jako poznanie biologiczne właściwości indywidualnych ustroju, daje możność ustalenia możliwości operacyjnych lub odrzucenia zabiegu. Odróżniamy więc osobniki zdolne do wytrzymania zabiegu od niezdolnych i określamy z pewnem prawdopodobieństwem operacyjne obciążenie ustroju w kierunku ujemnym lub dodatnim. Powtarzam z pewnem tylko prawdopodobieństwem, gdyż nie jesteśmy jeszcze, niestety, w stanie określać stany te precyzyjnie.

Przechodzimy dalej do zaznajomienia się z działalnością systemu naczyniowego i serca. Idzie tu nietyle o wykrycie wyraźnych zaburzeń (wady serca), lecz o utajone wady krążenia. Wobec niedostępności jedynego pewnego sposobu — elektrokardiografji, posługujemy się mniej pewnemi metodami, jak liczbą tętna przed i po wysiłku (Bryan, Hofmann, Frey), badaniem ciśnienia (Waldfogel, Korotkow), zmianami tętna przy ucisku tętnicy udowej (Szapiro, Katzenstein), badaniem ciśnienia żylnego, kapillaromikroskopją (Wajs), badaniem ortodiagraficznem (Müller), badaniem wpływów odruchowych zapomocą drażnienia nerwu trójdzielnego i błędnego (Valsalva, *reflexe oculocardiaque)*. Uzupełniająco stosujemy próby oddechowe (Albrecht, Mosler. Stanger), badanie pojemności życiowej płuc (Hutchinson), diurezy i inne. Maximum i minimum ciśnienia świadczą o sile mięśnia sercowego (maximum) i o sprawności naczyń obwodowych wraz z nerkami (minimum). Niezmiernie ważna jest amplituda ciśnienia. Stałych zasad, opartych na cyfrach, oczywiście niema — przeciwskazanie dla zabiegu nie nagłego stanowi u jednych ciśnienie 200, u innych 150.

Dla usunięcia stwierdzonych niedokładności stosujemy podawanie naparstnicy — działa ona szczególnie dobrze w przeroście serca i dużem ciśnieniu (przy zdrowem sercu przeciwwskazana!), cukru gronowego dożylnie do 50% lub w lawatywach kroplowych po 100 gr. u mężczyzn, a 50 gr. u kobiet,

dalej podajemy *Calciumdiuretynę, euphyllinę, papaverynę,* stosujemy duże upusty krwi (200 — 500 ccm), a w hypotonji — adrenalinę.

W s t r z ą s (C h o c) — wywołany jest przez skurcz naczyń — mamy więc bladość, zimny pot. Tętno regularne, przytomność zachowana. W moczu białko, cukier, aceton, kwas acetooctowy. Z wstrząsem powiązane są zatory powietrzne i tłuszczowe (V o l k m a n n). Zapobieganie jest prawie niemożliwe — wstrząs jest bowiem w związku z urazem operacyjnym. Leczenie: spokój, morfina, ciepło (rozszerza naczynia), kamfora. C r i l e zwalcza występującą kwasicę lawatywami ze sody. Operowanie podczas wstrząsu jest przeciwwskazane; w braku poprawy zabieg jest beznadziejny.

Z a p a ś ć — jest to stan rozluźnienia naczyń: brak tętna, bladość kredowa, spadek ciśnienia, mniejsza lub większa utrata przytomności — występuje po ustąpieniu wstrząsu, w dużych krwotokach, po długotrwałych operacjach z dużem oziębieniem. Leczenie: przelewanie krwi.

Dalej zapoznajemy się ze stanem d r ó g o d d e c h o w y c h, mając również na względzie ustalenie nietylko większych zmian, lecz i badanie czynnościowe wydolności dróg oddechowych. Zapobieganie polega na uprzedniem leżeniu w łóżku i ćwiczeniach oddechowych. W przypadkach nie nagłych nie należy operować natychmiast po przybyciu chorego do zakładu. Należy stwierdzić, czy niema upośledzenia ruchów kręgosłupa i żeber. C z e r n y, D e m o n, H a b e r e r, S c h m i e d e n zasadniczo nie operują chorych, którzy przebyli g r y p ę, wcześniej, niż po upływie 4 — 16 tygodni (z wyjątkiem wypadków nagłych). Należy dbać o doprowadzenie do możliwego stanu jamy ustnej i zębów — kilkodniowe płukanie i mechaniczne oczyszczanie ust, szczególniej stosowane w Ameryce. Zapobiegawczo zastrzykujemy *Afenil, Calcium lacticum, supersan, transpulminę, urotropinę.* Należy unikać wahań temperatury, a więc nie obnażać zbyt długo chorego podczas przygotowań skóry do operacji, ogrzewać korytarze, prowadzące ze sali operacyjnej na salę chorych, nie przegrzewać sali operacyjnej. Stół operacyjny powinien być ogrzany, przepocona bielizna chorego niezwłocznie zmieniona. Narkoza winna być ściśle dostosowana do przypadku,

choć rodzaj narkozy nie decyduje naogół o występowaniu powikłań płucnych. Należy unikać zachłystywania się chorych zawartością żołądka (wymioty podczas narkozy). W wypadkach nagłych nie zapominać o opróżnieniu żołądka zgłębnikiem. Dbać o swobodę ruchów klatki piersiowej, unikać porażeń przepony przez wzrost ciśnienia wewnątrzbrzusznego. Kierunek cięcia również decyduje o mniejszej lub większej bolesności ruchów oddechowych w okresie pooperacyjnym. Dalej należy unikać zbyt dużych wlewań jednorazowych, gdyż potęgują one ilość powikłań płucnych.

Zatory i zakrzepy są w ścisłym związku z powikłaniami ze strony dróg oddechowych. Zapobieganie im polega na przeciwdziałaniu osłabieniu i zmniejszeniu szybkości prądu krwi przez unikanie dużych strat wody przed zabiegiem — a więc zbyt silnych środków czyszczących, pocenia się, dużych utrat krwi. Ważne jest wzmocnienie działalności serca. Przed zabiegiem należy na kilka dni układać chorych wysoko, aby zapobiedz niedostatecznemu ukrwieniu górnej części ciała. Ważnym jest skład krwi — podług Fehlinga, Fischla, Kocher - Fonio osłabienie krzepliwości krwi jest środkiem ochronnym przeciw powstawaniu zakrzepów, należy więc unikać przed zabiegiem podawania mleka, jajek, wody, zawierającej wapień, stosowania *coagulenu, claudenu.* Inni autorzy podają dożylnie hirudynę, cukier, kwas cytrynowy (0,5% dożylnie lub 15 gr. doustnie). Voelcker przypisuje krwotokowi w ranie niewyjaśniony wpływ pobudzający powstawanie zakrzepów. Należy podczas zabiegu unikać brutalnego uszkadzania naczyń: ucisk przez haki, rozrywanie tkanek (w przeciwstawieniu do ostrego rozdzielania), ostrożne obmacywanie narządów, szczególniej jelit, unikanie masowych przewiązek. Żylaki należy usuwać lub przynajmniej bandażować. Ogromną rolę gra wiek chorego — dlatego też należy dążyć do wczesnych zabiegów (kamica żółciowa).

Zapobiegamy krwawieniom podczas i pooperacyjnym zapomocą obniżenia ciśnienia krwi *(Calciumdiuretin, Nitroscleran, Na. nitrosum).* Wdychanie tlenu zniża ciśnienie od 30 do 40 jednostek — brak reakcji świadczy o niewydolności serca. Naświetlamy śledzionę (Stephan) — dodatni wpływ

podług Bernarda niezupełnie ustalony, wątrobę lub nadnercze (Schinze, Naegeli), stosujemy przelewanie krwi — na 2 dni przed operacją 250 — 300 ccm. przy 75% hemoglobiny i 3,500,000 czerwonych ciałek. Potężnym środkiem jest wapień, szczególnie w *cholemji*. Stosujemy dalej żelatynę (zawiera wapień) surowicę, szczególniej w skazie krwawnicowej, 10% rozczyn soli, 50% cukier, *coagulen*.

Cytrynian sodu, który w większym rozcieńczeniu działa odwrotnie, podany jako rozczyn 2% dożylnie (10 ccm), działa jako *haemostypticum*.

Co do środków czyszczących podawać należy olej rącznikowy na 2 dni, względnie siarczan sodu na dzień przed zabiegiem przy djecie małoresztkowej, ale nie głodowej. W 3 godziny potem 25 gr. węgla lub wieczorem przed zabiegiem podazotan bizmutu. W przypadkach nagłych nigdy nie zapominać o opróżnieniu żołądka zgłębnikiem. Niezbędna jest dbałość o należyte żywienie drogą normalną, o ile zaś jest to niemożliwe, żywienie przez lawatywę lub podskórnie (sól kaloroza, cukier). Pauchet stosuje przez cały czas zabiegu kroplówki pod skórę. O oczyszczaniu jamy ustnej mówiliśmy już poprzednio.

Przy przygotowaniach do zabiegu musimy rozważyć możliwość utajonego zakażenia, szczególnie durem brzusznym (Vidal).

Co do cukrzycy, zagadnienie to wymagałoby oddzielnego omówienia. Zaznaczę tu jedynie, że należy dążyć do możliwego odcukrzenia, pamiętać o zaburzeniach czynnościowych nerek, prawie zawsze napotykanych w posuniętej cukrzycy. Stosowanie insuliny opiera się na ogólnie przyjętych zasadach — oczywiście nie zastąpi ona leczenia djetetycznego, bez niego jest ona narzędziem tępem. Zalecana przez Düttmana *hyperinsulinizacja*, co 3 godz. po 30 jednostek nawet dożylnie, do 300 jednostek na dobę, winna być stosowaną bardzo krytycznie — przy jednoczesnem podawaniu dożylnem cukru gronowego.

W cukrzycy należy wystrzegać się chloroformu, najmniej szkodliwem jest znieczulenie lędźwiowe. Podawanie adre

naliny jest przeciwwskazane. Należy możliwe oszczędzać skórę przy myciu przed zabiegiem.

W kwasicy niecukrzycowej, spowodowanej wycieńczeniem i głodzeniem oraz uśpieniem, a zależnej od niedomogi wątroby (S i n g t o n, D ü t t m a n n) podajemy dożylnie cukier gronowy (F e n k h o f f), cukier i insulinę (F i s c h e r), 10% NaCl (N ü r n b e r g e r), domięśniowo na 2 godziny przed zabiegiem 10 — 15 ccm. własnej krwi (M a r a g l i a n o).

Środkiem znieczulającym z wyboru jest e t e r. W przypadkach odpowiednich stosujemy znieczulenie miejscowe czyste lub skombinowane ze znieczuleniem splotów współczulnych lub lędźwiowych (ostatnie prace autorów francuskich), lub też chętnie przezemnie stosowane znieczulenie eterowe maską O m b r e d a n n e'a ze znieczuleniem miejscowem lub nerwów współczulnych. Uwzględnienie w szerokim zakresie stanu psychicznego chorego i wejście w bliższy psychiczny kontakt z nim stanowi niekiedy o wyniku zabiegu, szczególniej gdy operujemy w znieczuleniu miejscowem przy zachowaniu przytomności.

Tyle o ogólnem postępowaniu przedoperacyjnem. Postępowanie specjalne przed zabiegami na poszczególnych narządach jamy brzusznej stanowi dziedzinę czysto chirurgiczną, gdyż odbywa się ono pod okiem i odpowiedzialnością chirurga. Nie będę więc omawiał go szczegółowo, zaznaczę tylko, że przy zabiegach na żołądku podajemy celem spadnięcia trzewi *ol. parafini* po jednorazowem przeczyszczeniu, a to celem uniknięcia utraty wody. W zwężeniach dobrotliwych płuczemy w pozycji T r e n d e l e n b u r g a, a celem wyrównania poziomu chlorków podajemy 1 gr. NaCl na kilo wagi. Płukać żołądka nie należy w przedziurawionym wrzodzie żołądka i zabiegach po otruciach środkami żrącemi. Przy zabiegach na cienkich i grubych kiszkach dążyć należy do możliwego opróżnienia kiszek z zawartości (ważne dla wystarczalności szwów), ale nie zapominać o konieczności dostatecznego żywienia drogą naturalną lub sztuczną. Przy zabiegach na drogach żółciowych należy dokładnie ustalić wydolność wątroby (próba z galaktozą, określenie mocznika we krwi), a to ze względu na niebezpieczeństwo cholemji. Najlepszym środkiem zapobiegawczym jest wczesny zabieg. Przed zabiegiem wpływamy na glykogenizację wątroby

przez podawanie węglowodanów, a szczególniej cukru, przeciwdziałamy krwawieniom podając wapień doustnie (Clarmont, Denk), względnie dożylnie (Mayo) oraz stosujemy przetaczanie krwi.

Wybór metody operacyjnej nie wchodzi w zakres pogranicza chirurgiczno-internistycznego. Zaznaczam jedynie, że nie powinien on opierać się tylko na statystyce, przemawiającej za tym lub owym zabiegiem, lecz na wydolności chirurga, jego oswojeniu się z daną metodą i ścisłem jej zastosowaniu do konkretnego wypadku. Po otwarciu jamy brzusznej trzeba często zasadniczo zmienić przemyślany już plan operacyjny i tu decydować szybko, indywidualnie i z głęboką znajomością rzeczy.

Zadania postępowania pooperacyjnego są bardzo różnorodne. Z jednej strony należy unikać polipragmazji, z drugiej zaś przeoczenia rzeczy ważnych w tym tak ciężkim okresie. Do ogólnych wymagań należy: zapewnienie jednolitej temperatury powietrza na drodze ze sali do łóżka (ogrzanego!), izolacja chorego (oddzielne pomieszczenie pooperacyjne), kontrola działalności serca (wstrząs, zapaść, grożący zator), baczenie na perystaltykę kiszek — obserwacja moczu i kału, unormowanie pożywienia, usuwanie bólów pooperacyjnych (ucisk opatrunku), pielęgnacja skóry (odleżyny) i wreszcie sen.

O powikłaniach płucnych i krążeniowych i ich zapobieganiu mówiliśmy powyżej. Zaznaczę tu, że przy zabiegach w jamie brzusznej dużą rolę gra porażenie w obrębie nerwu współczulnego: naczynia krwionośne rozszerzają się, nagromadza się w nich nadmierna ilość krwi ze szkodą dla innych narządów, serce nie otrzymuje dostatecznego dopływu materjału krążeniowego, rozpoczyna się tak zwane *„Leerlaufen"*, osłabienie działalności serca.

Porażenie i niedowład trzewi stanowi bodaj czy nie najważniejszą dziedzinę, której winniśmy tu poświęcić dlatego trochę więcej miejsca. Spowodowane przez oziębienie lub wysuszanie trzewi, ich traumatyzację, może dotknąć trzewia i żołądek, najczęściej z dwunastnicą. Odróżnić należy te stany od przeszkód mechanicznych (wysłuchiwanie jamy brzusznej), które wymagają zgoła odmiennego postępowania.

Zapobieganie polega wyłącznie na umiejętnem operowaniu. Po zabiegu nie należy podawać pokarmów tak długo, dopóki niema wyraźnych ruchów żołądka w kierunku kiszek. Unikamy podawania morfiny. Płyny podajemy w kroplówkach przez odbytnicę (2 — 3 razy dziennie po 1 — 1,5 l. zwykłej wody). Brzuch ogrzewamy zaraz po operacji co 1½, potem co 3 godziny. Zakładamy zgłębnik kiszkowy — Payr rozszerza zwieracz zewnętrzny na stole po ukończeniu zabiegu; podajemy lawatywki z 20 — 30 gr. gliceryny — działa ona drogą odruchową i na wyższe odcinki jelit. Dalej stosujemy czopki glicerynowe, mydlane, lawatywki z terpentyną, syropem mlecznym, oliwą. Po odejściu wiatrów podajemy środki czyszczące. W okresie porażenia stosujemy *sennatynę, perystaltynę, atropinę, ezerynę strychninę, hypophysinę, hormonal.* Pobudzająco na ruchy kiszek działa znieczulenie lędźwiowe, a to skutkiem porażenia *n. comunicantes.* Stosujemy je jako akt przygotowawczy do zabiegu przetoki kiszkowej, kiedy inne środki zawiodły. Niekiedy następuje wypróżnienie przed wykonaniem przetoki. Przetoka działa dobrze w częściowych porażeniach, nawet kiedy nie usuwamy przeszkody (skleiny, przegięcia). Oczywiście zawodzi w porażeniu ogólnem. Że jednak nie zawsze jesteśmy w stanie ustalić, z jakiem porażeniem mamy do czynienia, należy przetokę stosować w przypadkach, gdzie inne środki zawodzą, a zawsze przy wystąpieniu wymiotów kałowych.

W porażeniu żołądka i dwunastnicy należy szczególnie dbać o opróżnienie żołądka, a więc płukanie, ewentualnie roztworem lapisu (1 : 5000), stałe drenowanie żołądka cienkim drenem przez nos (Grosser), zgłębnikiem dwunastniczym (Brown). Chorego układamy na brzuch (Schnitzler) lub na bok, łóżko podnosimy skośnie od strony nóg. Środki te wszystkie należy stosować w pewnym porządku zaraz po wystąpieniu objawów — oczywiście pamiętać trzeba o możliwości istnienia przeszkód mechanicznych. Niekiedy staje się konieczną *jejunostomia.*

Nie zamierzam bynajmniej omawiać tu wszystkich możliwych powikłań pooperacyjnych, gdyż na to brak miejsca i czasu. Należałoby mówić tu o pragnieniu, czkawce, bólach i bezsenności, biegunkach pooperacyjnych i wielu innych zagadnieniach.

Co do żywienia chorych po różnych zabiegach, podaję w końcu pracy szematy djetetyczne, jakiemi się naogół posługuję. Chcę tylko na zakończenie omówić kilka spraw, a więc — kiedy należy chorego po zabiegu podnieść z łóżka? Najwcześniej po 8 dniach do 3 tygodni — wcześniejsze wstawanie nie przynosi żadnych korzyści, a niekiedy powoduje przykre powikłania, przepukliny, wypadnięcia trzewi i t. p. Dbać należy o możliwie wczesne wykonywanie ruchów czynnych (*„das englische Gehen im Bett“* Körte).

Jak zapobiegać zrostom poperacyjnym? Należy dbać przedewszystkiem o wysoki poziom techniki operacyjnej, możliwie mniej uszkadzać tkanki, dbać o niepozostawianie powierzchni bez przykrycia otrzewną, o pedantyczne tamowanie krwawień i możliwe ograniczenie tamponowania gazą. W okresie pooperacyjnym ważne jest stosowanie ciepła, odpowiednie żywienie i pobudzanie kiszek do czynności. Fibrolizyna jest całkiem bezskuteczna. Nie ulega wątpliwości, że decydujące znaczenie ma konstytucyjna skłonność do zrostów. W każdym razie, co się tyczy związku między dolegliwościami chorych, a zrostami, należy być w ocenie tego związku nader ostrożnym.

Niezmiernie skrupulatnie należy liczyć się ze stanem psychicznym chorego, szczególniej po tak zwanym cięciu próbnem. Często nie mamy prawa powiedzieć choremu całej prawdy, a zapewnienie chorego, że zabieg go uleczył jest niemożliwe, skoro dalszy przebieg cierpienia uświadamia go o grozie sytuacji. Ujemny wynik badania na stole operacyjnym również nie daje nam całkowitej pewności, gdyż mogliśmy zawsze przeoczyć jakieś utajone cierpienie. Oczywiście trudno tu ustalać zasadniczo pewne reguły, musimy zawsze sprawę większego lub mniejszego uświadamiania chorych o ich stanie roztrzygać indywidualnie.

Ten sumaryczny i z konieczności niedokładny przegląd chciałbym zakończyć stwierdzeniem smutnego faktu, że w literaturze naszej brak usystematyzowanego podręcznika, z którego mogliby czerpać odnośne wiadomości młodzi lekarze, a nawet i wielu z nas chętnie by się do niego uciekało w razie potrzeby. Wielką zasługą Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego będzie, o ile zechce podjąć kroki w tym kierunku.

Dieta po biegunkach pooperacyjnych.

1 — 3 dni post — herbata miętowa cukrzona.

2 — 3 dni djeta cukrowa (Salomon) (5 — 7 razy dziennie 150 — 300 ccm. roztworu cukru trzcinowego).

Stopniowo roztwór cukru zamieniamy na mleko lub kefir.

Po kilku dniach zamiast części mleka biała bułka, ryż bez łuski, rum, koniak, biały ser — mięso.

Po 4 — 5 tygodniach normalna djeta.

Djeta dla chorych po zespoleniu żołądkowo-jelitowem.

Pierwsze 2 dni — po 2 litry płynów pod skórę, (roztwór soli, cukru).

3-go dnia — zimna herbata — często, w małych ilościach.

4-go dnia — rosół i mleko.

5-go dnia — dodatek 2 jajek w płynach.

Do 10-go dnia płynna djeta.

Dodatek mięsa — po skonstatowaniu braku krwi utajonej w kale.

Djeta dla chorych z przetoką żołądkową.

7 rano kakao (łyżeczka + łyżeczka cukru + 1/4 l. mleka).

10 rano — 2 łyżki mączki Nestle'a, 1/4 l. wody, sól, masło.

12-ta — kleik, jajko, masło — razem 1/4 l.

3-cia — jak o 7 rano.

6-ta kleik z jajkiem.

8 — 9 — buljon z jajkiem.

Stopniowo urozmaicać djetę — piwem, sokami owocowymi, mlekiem, Beaftea z jajkiem.

Masła dziennie — 50 — 80 grm.

Djeta po rezekcji żołądka i operacjach żółciowych.

Dzień operacji — kroplówka ze soli fizjologicznej, płatki zmoczone w lodowej wodzie, płukanie ust solą mineralną.

II-gi dzień — 2 lawatywy odżywcze kroplowe (150 wina, 150 wody, 30 gr. cukru), 2 lawatywy z rumiankiem i co 2 godziny 10 cm. herbaty cukrzonej doustnie.

III-ci dzień — co godzina herbata, albo kawa z mlekiem.

IV-ty dzień — to samo i przy dobrym stanie w obiadowej porze nieco kleiku.

V-ty dzień — większe ilości herbaty, kleiku, bez lawatywy.

VI-ty dzień — dodatek 2 jajek do poprzedniej djety, lawatywa czyszcząca.

VII-my dzień — w południe i wieczorem łyżka mięsa mielonego w $^3/_4$ filiżanki zupy, na śniadanie kleik z jajkiem.

VIII-my dzień — dodatek tartych kartofli, móżdżek i t. d. stopniowo do normalnej djety po 14 dniach w prawidłowym biegu sprawy.

Z pracowni rentgenologicznej Szpitala Przemienia Pańskiego w Warszawie.
Kierownik Doc. Dr. Z. Grudziński.

Przyczynek do sprawy rozpoznania różniczkowego wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Podali

ZYGMUNT GRUDZIŃSKI i KAZIMIERA WINNICKA
kierownik Pracowni. asystent Pracowni.

Sprawa rozpoznania różniczkowego wrzodu żołądka i dwunastnicy ma tak doniosłe znaczenie praktyczne, że każdy drobny nawet przyczynek do tej sprawy zasługuje na baczną uwagę.

W ostatnich latach, w miarę rozwoju i udoskonalenia techniki rentgenograficznej, uwaga rentgenologów w dziedzinie rozpoznania wrzodu żołądka zwrócona została głównie w kierunku objawów bezpośrednich, w kierunku poszukiwania zmian swoistych miejscowych, charakteryzujących wrzód. Przyczyniło się do tego najwięcej wprowadzenie tak zwanych zdjęć seryjnych dwunastnicy oraz cholecystografja. Objawy pośrednie wrzodu zeszły do pewnego stopnia na drugi plan. Kto jednak ma do czynienia z działalnością rentgenodjagnostyczną praktyczną, ten wie do-

skonale, że do dzisiaj jeszcze obejść się bez cech pośrednich w rozpoznaniu wrzodu nie możemy i że w dużym odsetku przypadków na nich musimy opierać nasze orzeczenia rentgenologiczne. A więc i tej strony przedmiotu lekceważyć i zaniedbywać nie należy.

Przed kilku miesiącami lekarz węgierski Michael Fischmann ogłosił nowy dostrzeżony przez siebie objaw różniczkowy wrzodu żołądka i dwunastnicy, odnoszący się do kategorji objawów pośrednich. Objaw Fischmanna polega na tym, że czynność ruchowa jelit cienkich w przypadkach wrzodu żołądka zostaje opóźniona, podczas kiedy w niektórych innych cierpieniach, dających podobne objawy kliniczne do wrzodu, jest ona przeciwnie przyśpieszona. Jako normę do określenia szybkości tej czynności ruchowej przyjmuje Fischman termin 4-godzinny po spożyciu śniadania kontrastowego. W przypadkach wrzodu żołądka lub dwunastnicy w tym terminie nie znajdujemy jeszcze zazwyczaj ani śladu treści kontrastowej w kątnicy. Przeciwnie w przypadkach cierpień dróg żółciowych, w opadnięciu żołądka i jelit, a także we wrzodach, powikłanych przebiciem do trzustki, znajdujemy kątnicę, w tym terminie już całkowicie wypełnioną.

Opisany i zaproponowany przez siebie objaw Fischmann sprawdził na kilkoletnim swym materjale, składającym się ze 140 przypadków. Oczywiście, jak wszystkie objawy pośrednie, nieswoiste, tak i ten objaw nie sprawdza się we wszystkich przypadkach omawianych chorób. Jednak podług statystyki Fischmanna sprawdza się on w ogromnej większości tych przypadków. To też Fischman gorąco poleca uwadze rentgenologów swój objaw, tym bardziej, że używanie go w praktyce nie pociąga za sobą żadnych trudności ani dodatkowych zabiegów. Wystarczy rzucić okiem na ekran w 4 godziny po śniadaniu kontrastowem, Fischmann przypisuje swemu objawowi takie samo znaczenie, jak objawowi zalegań żołądkowych lub objawowi atropinowemu Otvösa. Ten ostatni objaw polega na tem, że po zastrzyknięciu podskórnem 1 mg atropiny w żołądku prawidłowym występuje przyśpieszenie czynności tegoż żołądka, w przypadkach zaś wrzodu żołądka lub dwunastnicy czynność ta pozostaje nadal zwolniona.

F i s c h m a n n stara się znaleść teoretyczne uzasadnienie i objaśnienie dla swego objawu. A więc zwolnienie czynności ruchowej jelit cienkich w przypadkach wrzodu objaśnia on kurczem zwieracza krętniczo-kątnicowego czyli inaczej mięśnia zastawki krętniczo-kątnicowej. Kurcz ten wywołany jest bezpośrednio przez podrażnienie nerwu współczulnego. Rozwijający się wrzód w ścianie żołądka niszczy i drażni zakończenia tego nerwu, powodując jego nadwrażliwość. To podrażnienie przenosi się i na mięśnie zastawki B a u h i n a.

Trudniej jest objaśnić zjawisko odwrotne, to jest przyśpieszenie czynności ruchowej jelit cienkich w przypadkach przebicia wrzodu do trzustki, oraz w cierpieniach dróg żółciowych. W pierwszym przypadku F i s c h m a n n szuka przyczyny wzmożenia czynności ruchowej jelit we wpływie bezpośrednim soku trzustkowego, dostającego się do żołądka, na perystaltykę. Odgrywać tu mają rolę z jednej strony hormony trzustki, z drugiej strony działanie chemiczne soku trzustkowego przez rozszczepienie lecytyny na cholinę i kwas tłuszczowy. Wzmożona perystaltyka przezwycięża słaby opór zastawki B a u h i n a i treść z kiszek przedostaje się szybko do kątnicy. W przypadkach schorzeń dróg żółciowych być może następuje podobne wzmożenie perystaltyki pod wpływem chorobowo zmienionej żółci, ale prawdopodobnie zachodzi także i wpływ przez układ nerwowy, który to wpływ jest w tym przypadku odwrotny, niż we wrzodzie żołądka. Podług F i s c h m a n n a powstająca we krwi lipoidaemia przeciwdziała podrażnieniu nerwu współczulnego.

Zainteresowani objawem, opisanym przez F i s c h m a n n a, postanowiliśmy sprawdzić go na materjale chorych naszej Pracowni szpitalnej. W tym celu u wszystkich chorych, których narząd trawienia w ciągu ostatnich kilku miesięcy był badany za pomocą śniadania kontrastowego, sprawdzaliśmy systematycznie stan czynności ruchowej jelit cienkich w 4 godziny po śniadaniu. Dla zestawienia sprawdzaliśmy jednocześnie u wszystkich tych chorych stan czyności ruchowej żołądka w 4 i 6 godzin po śniadaniu kontrastowem. Brakiem naszej statystyki jest ta okoliczność, że nie mogliśmy u wszystkich naszych chorych sprawdzić naszych rozpoznań na stole operacyjnym lub sekcyj-

nym. W wielu przypadkach ograniczaliśmy się z konieczności do rozpoznań, ustalonych przez oddziały szpitalne po porozumieniu z naszą pracownią i po wzięciu pod uwagę naszych orzeczeń. To też naszą pracę uważamy raczej jako doniesienie tymczasowe.

Statystyka nasza, przeprowadzona na 61 badanych chorych, brzmi jak następuje:

Tabela.

Rozpoznanie	przypadków	Stan kątnicy po 4 gdz.			Zaległości w żołądku.	
		nie wypełniona (objaw Fischmanna)	ślady	wypełniona	po 6 gd.	po 4 gd.
Żołądek prawidłowy.	11	3	2	6	5	—
gastritis	7	2	1	4	2	—
zrosty	2	—	—	2	—	—
carcinoma	4	2	1	1	3	2
colitis spastia.	3	3	—	—	1	—
ptosis	3	—	1	2	3	—
cholecystitis	2	—	—	2	—	—
różne	2	—	—	2	—	—
	34	10	5	19	14	2
Ulcus ventriculi aut duodeni	27	13	3	11	19	14
Razem	61	23	8	30	33	16

Jak widzimy, wprawdzie materjał, na którym opieramy nasze wnioski, nie jest wielki, jednakże pozwala on zupełnie dobrze zorjentować się w sytuacji i wyciągnąć wnioski, nam potrzebne.

Przedewszystkiem rzucający się w oczy jest fakt, że objaw niewypełnienia kątnicy w 4 godziny po śniadaniu kontrastowem, czyli nazwijmy go krócej, objaw Fischmanna występuje w naszym materjale nie tylko w przypadkach wrzodu

żołądka, ale również i w przypadkach żołądków zdrowych, a także dotkniętych innemi cierpieniami. Pierwszy wniosek więc, jaki wyciągamy jest ten, że objaw omawiany nie jest swoisty. Tego zresztą nie twierdzi i sam Fischmann.

Z drugiej strony ze statystyki naszej wyprowadzić można wniosek, że objaw Fischmanna istotnie częściej występuje w przypadkach żołądków, dotkniętych wrzodem, niż w przypadkach żołądków bądź prawidłowych, bądź dotkniętych innemi schorzeniami. A więc z 27 przypadków wrzodu żołądka lub dwunastnicy objaw Fischmanna wybitnie wyrażony jest w naszej statystyce w 13 przypadkach, czyli w 48%. Tymczasem w całej pozostałej liczbie badanych przypadków łącznie z żołądkami zdrowymi spotykamy objaw ten zaledwie w 10 na 34 przypadki czyli w 29% przypadków. Trzeba przytem zauważyć, że odsetek przypadków z objawem Fischmanna wśród samych żołądków zdrowych wynosi 27% czyli nawet nieco mniej, niż w przypadkach chorobowych, dotkniętych wszelkiemi innemi poza wrzodem chorobami.

Powyższe obliczenie wykazuje wymownie, że istotnie istnieje związek pomiędzy wrzodem żołądka i dwunastnicy a objawem Fischmanna. Związek ten jest jednak w naszej statystyce wyrażony o wiele słabiej, niż w statystyce samego Fischmanna. U tego ostatniego objaw omawiany występuje w 73% przypadków wrzodów, a zaledwie w 8% wszelkich pozostałych przypadków schorzeń żołądka i jelit. Przyczyną tej dość znacznej różnicy obu statystyk jest prawdopodobnie inny materjał chorych w każdej z nich. W każdym razie na związek pomiędzy wrzodem żołądka i objawem Fischmanna zgodzić się musimy.

Czy można jednak z powyżej zaznaczonego związku wyprowadzić wnioski takie, jak żąda tego Fischmann? Naszem zdaniem, przesadza on znaczenie swego objawu. Statystyka nasza jest dość przekonywującym dowodem tej przesady. Jednak, sądzę, nie można też przejść zupełnie obojętnie koło objawu Fischmanna. W przypadkach rozpoznania różniczkowego pomiędzy wrzodem żołądka, a takiemi cierpieniami, jak schorzenia dróg żółciowych lub opadnięcie żołądka i jelit, objaw powyższy nie może wprawdzie mieć znaczenia rozstrzy-

gającego, ale wśród innych objawów różniczkowych może on być niekiedy tą cegiełką, która przechyli rozpoznanie w tę czy inną stronę.

Interesujące jest zestawienie objawu Fischmanna z takimi pośrednimi objawami wrzodu, jak zaleganie cztero i sześciogodzinne w żołądku. Pochodzenie wszystkich tych objawów jest jednakowe. Przyczyną ich wszystkich są kurcze właściwych zwieraczy, powstałe na tle podrażnienia układu współczulnego. Należałoby więc oczekiwać związku i współzależności pomiędzy powstawaniem wszystkich tych objawów. Statystyka jednak nie zupełnie potwierdza istnienie tego związku. Tak więc z 16 przypadków naszej statystyki, gdzie stwierdziliśmy zaległości 6-godzinne w żołądku, objaw Fischmanna występował jednocześnie tylko w 9 przypadkach, t. j. w 56%. Z drugiej strony w 23 przypadkach z objawem Fischmanna znaleźliśmy jednoczesny objaw zalegania 6-godzinnego tylko w 8 przypadkach, czyli w 34%. Jedynie brak objawu Fischmanna prawie zupełnie wyłącza zaległości 6-godzinne w żołądku, bo z 30 przypadków braku tego objawu mogliśmy stwierdzić zaleganie 6-godzinne zaledwie w 3 przypadkach (w 10%). Ale zato zaleganie 4-godzinne stwierdziliśmy już w 15 z tych 30 przypadków, czyli w 50%. Tak więc widzimy, że związek pomiędzy tymi objawami jest względny. Objaw zalegań 6-godzinnych jest zjawiskiem niezłożonem, zależnem głównie od jednej przyczyny, mieszczącej się w odźwierniku; tymczasem objaw Fischmanna zależy od szeregu przyczyn, powiązanych ze sobą, mających swe źródło i w odźwierniku, i w zastawce Bauhina, i w perystaltyce cienkich kiszek.

Dlatego objaw zalegań 6-godzinnych w żołądku jest daleko ważniejszy w rozpoznaniu chorób żołądka i daleko więcej miarodajny, niż objaw Fischmanna.

W każdym razie, wobec nadzwyczajnej łatwości stwierdzania objawu Fischmanna możemy polecić go uwadze czytelników jako objaw rozpoznawczy pomocniczy.

Piśmiennictwo.

Fischmann M. (Bekescsaba). Ein neueres indirektes Symptom zur Differentialdiagnose von Ulkus und Gallenerkrankungen. Forschritte auf dem Gebiete d. Röntgenstrahlen, XXXVII, H. 5, 1928, s. 701.

Przyczynek do patogenezy miażdżycy wielkich naczyń brzusznych.

Podał

Dr. L. SCHLAGER, Warszawa.

Do typowych schorzeń, powstających na tle miażdżycy naczyń, zaliczamy: dusznicę bolesną *(angina pectoris)*, dusznicę brzuszną *(angina abdominalis)* i chromanie przestankowe *(claudicatio intermittens)*.

Schorzenia te występują zazwyczaj o d d z i e l n i e, dając jeden ze wspomnianych obrazów chorobowych. Jeśli atoli sprawa miażdżycowa rozszerza się, wtedy spostrzegamy klinicznie powikłania, których genezę wyjaśnić jest w stanie jedynie badanie anatomiczne. Przypadek poniższy, który spostrzegałem na mieście i w szpitalu na Czystem, z tych właśnie względów zasługuje na uwagę.

Chory Nach., lat 51. Żona dwa razy rodziła i dwa razy roniła. Dzieci zdrowe. W młodości dużo pił i palił do 60-ciu papierosów dziennie. Chorób wenerycznych nie miał. Przed 3-ma laty zapadł na zapalenie płuc, a przed 6-ma laty na zapalenie wyrostka robaczkowego. Od 10-ciu lat podczas chodzenia odczuwa lekkie bóle w lewej kończynie dolnej, a od roku nadto drętwienie. Chory musiał wówczas przystawać do 1 — 2 minut, poczem drętwienie mijało i chory mógł iść dalej. Od 2-ch miesięcy drętwienie tak się wzmogło, że chory po 10-ciu minutach chodzenia musiał wypoczywać. Ostatnio nadto zanważył, że gdy stojąc przechylał się do przodu, odczuwał bardzo silny ból w krzyżu, promieniujący w lewą stronę.

Przedmiotowo znaleziono: w płucach brak zmian, serce w granicach prawidłowych, 2-gi ton nad tętnicą główną zaakcentowany, dźwięczny. Tętno 72, miarowe, średnio napięte. Ciśnienie krwi max. 150, mn. 80.

Badanie układu nerwowego wykazało: nerwy czaszkowe bez zmian; kończyny górne i dolne pod względem siły mięśniowej, sprawności ruchowej, napięcia i czucia zmian nie wykazują.

Odruchy: okostnowe z kończyn górnych umiarkowane,

brzuszne zachowane; kolanowe — słabe, prawy słabszy od lewego, odruchu z lewego ścięgna Achillesa brak, z prawego słaby, podeszwowe — zgięcie; Babiński i Rossolimo — ujemne.

Brak tętnienia grzbietowych tętnic stóp; tak samo goleniowych tylnych. Słabo wyczuwalne tętnienie tętnic udowych. Palce lewej stopy sine; grzbiet tej stopy blady.

Odczyn Wassermanna we krwi i płynie m.-rdz. ujemny. Ciśnienie płynu 250. Brak pleocytozy. Ciśnienie krwi max. 150, mn. 80.

Rozpoczęto leczenie insulinowe, które po pewnym czasie przerwano z powodu objawów hipoglikemji. Subjektywnie chory czuł się lepiej. Następnie stosując cukier gronowy *per os* i dożylnie, powtórzono leczenie insulinowe.

Po 6-ciotygodniowym pobycie w szpitalu chory powrócił do domu z pozorną poprawą. W 3 tygodnie później zostałem zawezwany do chorego w nocy i zastałem go leżącego w łóżku o bladej i wystraszonej twarzy, jęczącego z bólu. Chory narzekał, że ból koncentruje się przeważnie w lewym boku i rozchodzi się na cały brzuch. Duszność, głośne i silne odbijania. Od kilku dni brak wiatrów i stolców. Ostatnio miał chory kilka napadów bólu brzucha, połączonych z uczuciem niepokoju obok objawów niedrożności ze strony jelit; drętwienie w kończynach dolnych. Przedmiotowo stwierdziłem wysoko podniesioną przeponę. Tony serca czyste, ale głuche, tętno 90, ciepłota 38.5°. Podczas omacywania brzucha chory uskarża się na ogólną bolesność, jednakże najbardziej dotkliwy ból odczuwa po lewej stronie. Brzuch wzdęty, ciastowaty. Charakterystyczny był brak prężenia się kiszek, jak również brak oporu *(defense)* ze strony powłok brzusznych. Zaleciłem choremu wstrzyknięcie hipofizyny celem wzmożenia perystaltyki jelit. Przemyłem żołądek. Po dwukrotnem zastosowaniu głębokich wlewań Hegara chory miał w nocy kilka wypróżnień. Następnego dnia ciepłota — 37,5°; chory czuł się względnie lepiej, ogólna jednak bolesność brzucha nie ustępowała, zmniejszając się tylko nieco w natężeniu. W moczu stwierdzono ślady białka i krwinki. W ciągu 8-iu dni chorego nie widziałem, wiadomo mi tylko, że stolców nadal nie miał.

Po tygodniu wezwano mnie do chorego ponownie i zastałem go w stanie jeszcze gorszym, niż za pierwszym razem; znowu te same objawy niedrożności, — tętno i ogólny wygląd chorego budziły niepokój. Ponieważ zastosowane przedtem środki tym razem nie działały, a stan chorego pogarszał się coraz więcej, skierowałem go do szpitala.

W szpitalu stwierdzono brzuch wzdęty, miękki, jelito poprzeczne wyraźnie zarysowuje się poprzez powłoki brzuszne. Brzuch bolesny na dotknięcie, od tyłu z lewej strony silny opór mięśniowy oraz silna bolesność; pozatem objawy niedrożności ze strony jelit.

Raport lekarza dyżurnego z nocy 26 grudnia: chory nieprzytomny, wypowiada poszczególne wyrazy bez związku, brzuch wzdęty, na całej przestrzeni bolesność dotykowa, w okolicy śledziony — największa, temp. 39°. Tętno ledwo wyczuwalne. *Exitus laetalis.*

W zestawieniu widzimy, że po typowym obrazie chorobowym, występującym pod postacią chromania przestankowego, nagle choroba nabiera charakteru gwałtownego i to głównie ze strony organów brzusznych. Nasuwały nam się z tego powodu trudności rozpoznawcze. Widok chorego w zapadzie, krzyczącego z bólu, brzuch silnie wzdęty obok objawów niedrożności nasuwały w pierwszej chwili przypuszczenie, że mamy do czynienia z przedziurawieniem. Jednakże, biorąc pod uwagę brak oporu mięśniowego i względną miękkość całego brzucha, nadto ból, promieniujący w okolicę lewej nerki, wyłączyłem możliwość przedziurawienia. Utrwalił mnie również w tem przekonaniu brak w wywiadach innych danych, przemawiających za przedziurawieniem, zwłaszcza, iż objawy niedrożności trwały już kilka dni przedtem. Miałem więc przed sobą obraz niedrożności jelit. Brak prężenia się kiszek, zupełna cisza w brzuchu i brak oporu mięśniowego przemawiały za niedrożnością porażenną, a przeciw mechanicznej. Zachodzi więc pytanie, na jakiem tle? Mając przed sobą chorego o wybitnych zmianach naczynioskurczowych na tle miażdżycy w lewej kończynie dolnej (chromanie przestankowe), wydawało nam się bardzo prawdopodobne, że na tym samym tle powstała obecna niedrożność jelita. Trudności rozpoznawcze nastręczał nam tylko ból, umiej-

scowiony w lewym boku, silny i stały. Nasunęło nam się podejrzenie, że mamy do czynienia z powikłaniem ze strony kamicy nerkowej, a po części podtrzymywała nas w tem podejrzeniu obecność śladów białka i krwinek w moczu. Postępująca jednak szybko sprawa chorobowa i zapaść przemawiały przeciwko temu rozpoznaniu; myślano o zatorze w jakimś naczyniu, w końcu sprawa ta pozostała nieroztrzygnięta. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: chromanie przestankowe, niedrożność porażenna na tle zmian miażdżycowych. Kamica nerkowa?

Podaję w skróceiu wynik sekcji, dokonanej przez d-ra Płońskiera. Jama brzuszna: otrzewna gładka, lśniąca, układ trzew prawidłowy, dużo tkanki tłuszczowej. Tętnica główna, począwszy od łuku w dół, sztywna, krucha, na błonie wewnętrznej — blaszki żółte. Serce bez zmian wybitnych, mięsień sercowy na przekroju z drobnemi białawemi blizenkami. Tętnica brzuszna, począwszy od rozgałęzienia na tętnice nerkowe aż do tętnic udowych wypełniona zakrzepem, mocno przylegającym do ściany. Nadnercze lewe duże, wypełnione skrzepem krwi.. Tętnica nadnerczowa wypełniona zakrzepem. Nerka lewa czarnosina, duża z białawemi ogniskami o kształcie klinów. Żołądek: śluzówka gruba twarda szczególniej na dnie pokryta wyniosłościami brodawczakowatemi. Naczynia obwodowe: tętnica udowa lewa w swej górnej części wypełniona zakrzepem. Rozpoznanie anatopatologiczne: *arteriosclerosis et thrombosis aortae abdominalis, art. renalis sinistrae et art suprarenalis sinistrae. Infarctus magnus renis sin. Haemorrhagia glandularum suprarenalium.*

Obecnie na podstawie przebiegu klinicznego i obrazu anatomopatologicznego możemy sobie dokładnie przedstawić zmiany, jakie od dłuższego czasu zachodziły u chorego. W dolnej części tętnicy brzusznej, wybitnie zmienionej miażdżycowo, w miejscu rozgałęzienia się na tętnice biodrowe wspólne *(art. iliacae com.)*, a zatem w miejscu najbardziej narażonem na napór strumienia krwi, wytworzył się zakrzep, który jednem ramieniem swojem rósł w kierunku tętnicy biodrowej, drugiem zaś ku górze. Według przebiegu klinicznego możemy sprawę tą chorobową podzielić na 3 okresy:

Okres I: Chromanie przestankowe, spowodowane zwęże-

niem się światła tętnicy biodrowej, a w związku z tem bóle z powodu skurczu naczyń i niedokrwistości.

Okres II: Zaznacza się silnym bólem krzyża, promieniującym ku górze w lewo, występującym podczas przechylania się chorego ku przodowi lub na bok. Przyczyną tego jest zakrzep, siedzący na rozgałęzieniach tętnic biodrowych, rosnących ku górze, t. zw. zakrzep ościenny. Zostawia on jeszcze dość miejsca na odżywianie dolnych odcinków jelit i kończyn, co tłómaczy brak objawów zgorzelinowych w dolnych odcinkach i kończynach. Kulminacyjnym punktem tego okresu jest zawał lewej nerki, wyróżniający się gwałtownym bólem lewego boku. Zakrzepy takie mogą się wytwarzać przez dłuższy czas w naczyniach, nie wywołując gwałtowniejszych objawów.

Schnitzer opisuje przypadek, w którym gwałtowne bóle, trwające kilka miesięcy, były powodowane tworzącym się zakrzepem, stwierdzonym na sekcji zwłok i przypuszcza, że zakrzep ten tworzył się powoli, albowiem zaopatrywanie odpowiednich narządów w krew odbywało się nadal, ale w słabszym stopniu. I w naszym przypadku zakrzep w lewej tętnicy nerkowej tworzył się powoli; świadczy o tem fakt, że było dość czasu do wytworzenia się zawału krwotocznego (nerka na obwodzie była sinoczarna z powodu wstecznego przypływu krwi z układu żylnego).

Mathes i Ortner w podobny sposób opisują obraz kliniczny zawału nerkowego. Ból powstaje nagle, nie ma charakteru kolkowego; ucisk albo uderzenie w okolicę lewej nerki powoduje ból gwałtowny; w zawałach zaś większych — objawy niedrożności, wzdęcie i zapaść. W moczu przejściowo białko i krwinki. W odróżnieniu od kamicy nerkowej brak promieniowania ku dołowi i brak parcia na mocz. Jak widzimy, rozpoznanie różniczkowe między zawałem nerki a kamicą nerkową jest dość trudne.

Dominującym objawem w drugim okresie choroby była niedrożność porażenna z całym zespołem objawów, występujących w miażdżycy naczyń w obrębie przewodu pokarmowego, a więc okresowo występujące silne bóle brzucha, połączone ze wzdęciem z objawami niedrożności. Mieliśmy zatem obraz choro-

bowy, analogiczny do opisanego po raz pierwszy przez Schnitzlera, a dokładnie opracowany przez Ortnera (1902) i przez niego wyodrębniony jako *„dyspragia abdominalis intermittens intestinorum"*. Podobnie jak w chromaniu przestankowem objawy brzuszne powstają wskutek niedokrwistości jelit.

Zmniejszony dopływ krwi, a tem samem i tlenu wywołuje w pierwszej chwili podrażnienie, a następnie porażenie i wzdęcie jelit, jak to zostało doświadczalnie na królikach stwierdzone przez ściśnięcie tętnicy brzusznej. Frey tłómaczy silne bóle, występujące w tych warunkach, jako skutek przekwaszenia soków tkanki, pozbawionej dopływu krwi, a działających drażniąco na zakończenie nerwu trzewnego.

W przededniu powrotu chorego do szpitala rozpoczyna się 3-ci i ostatni okres choroby. Ból jest silniejszy, umiejscawia się już wyżej w okolicy śledziony, wreszcie następuje zapaść i śmierć. Jest to okres wytworzenia się zakrzepu w tętnicy nadnerczowej i wylew krwawy do nadnercza.

Ciekawe jest, że często mimo tak wybitnych zmian miażdżycowych w naczyniach brzusznych, brak jest objawów miażdżycowych serca i łuku tętnicy głównej. Romberg nie zauważył w 90% przypadków wzmożonego ciśnienia, ani też większych zmian w sercu i fakt ten właśnie utrudnia często rozpoznanie. I w naszym przypadku, poza małemi zmianami w samym mięśniu sercowym, żadnych innych wybitniejszych zmian w samem sercu nie znaleziono. Ciśnienie krwi było 150/80. Jedynie chromanie przestankowe było zapowiedzią, że sprawa toczy się na tle miażdżycy. Wspomnieć należy również, że bardzo częstym objawem miażdżycy tętnicy brzusznej jest zamknięcie tętnicy krezkowej górnej wskutek zatoru, bądź zakrzepu. Występują wtedy obfite krwawe wypróżnienia wskutek powstałych zawałów w danych odcinkach jelit. Jeśli zaczopowanie następuje w głównym pniu tętnicy krezkowej, wtedy objawy niedrożności są tak gwałtowne, że chory wskutek zapadu ginie. Zakrzepom, powstałym w żyłach krezkowych, stale towarzyszy niedrożność jelit. U naszego chorego żadnych zawałów i zakrzepów w obrębie tętnicy krezkowej górnej nie znaleziono, gdyż zakrzep, narastający od dołu, nie doszedł do odgałęzienia tętnicy krezkowej od tętnicy brzusznej. Jak trudne jest rozpoznanie tych przypadków, świad-

czy statystyka Neumana, który na 96 przypadków, zestawionych z całego piśmiennictwa, stwierdził, że tylko w 18-tu rozpoznanie było zrobione za życia.

W dostępnem piśmiennictwie znalazłem jeden podobny do mojego przypadek, ogłoszony przez Friedmanna r. 1912; po poprzedzającem chromaniu przestankowem powstały również objawy ze strony przewodu pokarmowego, analogiczne do schorzenia, opisanego przez Ortnera.

Przypadek niniejszy omawiam przedewszystkim dlatego, iż obraz jego anatomopatologiczny w zupełności wyświetlił nam zespół objawów klinicznych. Ze względu na rozległe zmiany zakrzepowe, powstałe za życia w tętnicy brzusznej, nerkowej i nadnerczej oraz wytworzenie się dużego zawału w samej nerce, spostrzeżenie należy do bardzo rzadkich. Przypadek ten wskazuje zarazem, iż u osobników starszych nawet bez wybitnych zmian w sercu i w ciśnieniu krwi, objawy niedrożności bądź w formie gwałtownej, bądź w okresowej, mogą być następstwem zakrzepów lub zatorów w naczyniach jamy brzusznej, zwłaszcza, gdy dla niedrożności nie znajdujemy dostatecznego podłoża.

Piśmiennictwo.

Aschoff — Patolog. Anatomie. II t.
Frey W. Klin. Wochenschrift, 1922, str. 1989.
Friedman — Berl. Klin. Wochenschrift, 1912. nr. 43.
Friedrich u. Strauch — Münch. Med. Wochenschrift, 1923.
Guttman René et Danie Routier — Presse Medical, 1925.
Higier H. — Z kliniki nietypowych postaci chromania przestankowego.
Mathes — Differentialdiagnose innerer Krankheiten.
Ortner — Klinische Symptomatologie inner. Krankheiten.
Ortner — Wien. Klin. Wochenschrift, 1902, str. 1166.
Singer — Kraus und Brugsch, tom VI, str. 817.
Stieda — M. Med. Wochenschrift, 1911, nr. 10.
Strassburger — Innere Medizin. Handbuch, t. III, cz. 2.

Przypadek raka żołądka w wieku młodocianym.*)

podał S. FRANK (Warszawa).

Trudności wczesnego rozpoznania raka żołądka wciąż zajmują umysły uczonych. Łatwe jest rozpoznanie, gdy chory w podeszłym wieku narzeka na dolegliwości żołądkowe, brak łaknienia, ściskanie w dołku podsercowym oraz zwracanie pokarmów. Niedokrwistość, krwawienie utajone, brak kwasu solnego w zawartości żołądkowej dają możność prawie pewnego rozpoznania raka żołądka, nawet bez zdjęcia rentgenowskiego. W większości tych przypadków stoimy, niestety, bezradni, gdyż zabieg chirurgiczny jest już w większości przypadków spóźniony: u takiego chorego chirurg znajduje przerzuty nowotworowe, zmuszające go w większości przypadków do zamknięcia jamy brzusznej. Nic więc dziwnego, iż medycyna dąży wszelkimi sposobami do wczesnego rozpoznawania nowotworu, aby módz przyjść z pomocą takim chorym. Próba Salomona wydawała się obiecującą dla sprawy różniczkowania między wrzodem żołądka a rakiem, niestety i ona często zawodzi. Próba Gundermana i Düttmana z wydzielaniem wody oraz soli wypada dodatnio tylko w przypadkach daleko posuniętych. Möwes — stwierdził zmiany we krwi (Lymphopenię) w nowotworach; jednak inni autorzy stwierdzili takie same zmiany również w zwykłym braku kwasu solnego w treści żołądkowej. U nas Cytronbergowi udało się osiągnąć lepsze wyniki we wczesnem rozpoznaniu raka przy pomocy badania sprawności czynnościowej żołądka metodami fizyczno-chemicznemi (Polsk. Arch. Med. W. T. IV zesz. 1, 2, 3).

Wybitną rolę w rozpoznaniu nowotworu żołądka musimy przyznać badaniu rentgenowskiemu, chociaż znane są przypadki, w których rozpoznania nowotworu żołądka przez promienie Roentgena okazały się, na szczęście, mylne. — Poniżej podaję

---

*) Przypadek demonstrowany 19.XII.28 na posiedzeniu Polsk. Tow Gastrologicznego.

przypadek raka żołądka u osoby młodej, nienależący przez swój przebieg i wynik badań do typowych i codziennych.

Sz. G., panna, 19 l., dobrze odżywiona, sierota; rodzice zmarli: ojciec na dur brzuszny, matka — na gruźlicę; miesiączkowanie normalne. Zgłasza się ze skargami na ściskanie w dołku od 3-ch miesięcy. Od pewnego czasu zwraca pokarmy co drugi dzień, w wymiocinach zauważyła resztki pokarmów, przyjętych dnia poprzedniego. Badanie zawartości żołądka wykazuje naczczo duże zaległości: 250 — 400 ccm gęstej zawartości; kwas solny wolny — obecny (24 — 30); kwasota ogólna 68; obfita ilość czworniaków, krwi — brak. Badanie kału na krwawienie utajone — wypada ujemnie. Po próbnem śniadaniu Boasa-Ewalda — brak kwasu solnego. Ten ostatni szczegół jest nieco dziwny. Rozpoznanie brzmi — zwężenie odźwiernika, prawdopodobnie, dobrotliwe, tem bardziej, iż mamy przed sobą osobę młodą, o wyglądzie dość dobrym, cierpiącą dopiero od 3-ch miesięcy. Skierowałem chorą do zdjęcia rentgenowskiego, które dokonane zostało przez D-ra Adelfanga. Wynik badania brzmi: ubytek cieniowy w obrazie wypełnionego żołądka, zajmujący całą część odźwiernikową, z której pozostał wązki zazębiony kanał. Znaczne rozszerzenie części środkowej i górnej żołądka. Upośledzenie sprawności czynnościowej w postaci znacznego zalegania 48-godzinnego w żołądku. Opuszka 12-cza jest prawidłowa i znajduje się przy prawym końcu kanału odźwiernikowego.

Wynik badania przemawia *pro tumore partis pyloricae ventriculi (Ca?)*.

Przyznać należy, iż wynik badania był dość nieoczekiwany, tembardziej, iż prócz powiększonej, gładkiej wątroby — nic w jamie brzusznej wymacać nie udawało się.

Badanie krwi na odczyn Wasermana wypadło ujemnie (Dr. Pros).

Wobec powyższego wyniku rentgenowskiego skierowałem chorą do zabiegu chirurgicznego. Tegoż samego zdania był i Dr. Mintz, który również badał chorą.

2 grudnia 1928 r. dokonał operacji Dr. Hurwicz. Przy otwarciu jamy brzusznej znaleziono żołądek mały, mało ruchomy, zrośnięty ze wszystkiemi narządami sąsiedniemi. W części

odźwiernikowej i przyodźwiernikowej stwierdza się guz twardy nierówny — przekrwiony. Cała ściana żołądka w okolicy guza nacieczona. Przerzuty rozsiane po całej wątrobie, również na całej sieci; guzki na krezce jelit cienkich i kiszek. Wycięto skrawek z gruczołem z sieci celem badania drobnowidowego.

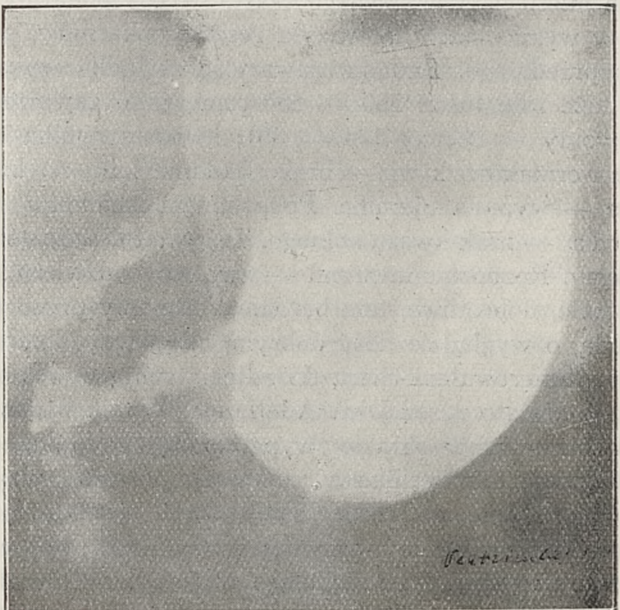


Fig. 1.

Wobec tak rozległych przerzutów — ograniczono się do zespolenia żołądkowo-jelitowego. Chora zniosła zabieg dość dobrze; rana zagoiła się doraźnie i chora wypisała się do domu. W 3 tygodnie po zabiegu widziałem chorą ponownie. Narzekała na biegunkę — do 5 wypróżnień płynnych na dobę przy ciepłocie do 38°. Po zaleceniu odpowiedniej djety — biegunka ustąpiła; ciepłota podwyższona nadal trwa; ten stan podgorączkowy można objaśnić rozpadem guza. — Występuje stopniowo charłactwo; chora narzeka na bóle głowy.

Badanie skrawka wyciętego podczas zabiegu z sieci wykazało: bardzo obfite nacieki z limfocytów, dość znaczny rozrost tkanki łącznej, bardzo drobne ogniska komórek nowotworowych,

nietypowych, pochodzenia nabłonkowego (Dr. Płońskier).
Jak widzimy z powyższego wynik badania rentgenowskiego w zupełności został potwierdzony na stole operacyjnym oraz przez badanie drobnowidowe guza.

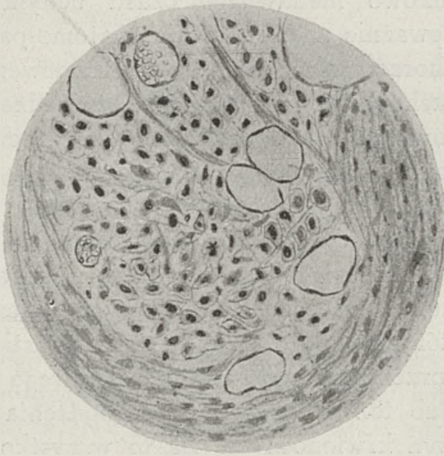


Fig. 2.

Przypadek wyżej opisany nie należy do zbyt często napotykanych. Uważałem więc za stosowne podać go do wiadomości kolegów, kładąc nacisk na wybitne znaczenie zdjęcia rentgenowskiego nawet w tak, zdawałoby się, jasnym i bez zdjęcia przypadku.

Schlesinger (Wien. Kl. Woch. 1916 Nr. 25) — zaznacza, iż u młodocianych osobników rak żołądka przebiega tak burzliwie, iż nigdy nie dochodzi do objawów zwężenia odźwiernika. Prędzej, zdaniem jego, możnaby przy objawach zwężenia odźwiernika myśleć o mięsaku żołądka. W naszym przypadku badanie drobnowidowe stwierdziło rak żołądka, a cierpienie trwało wszystkiego 3 miesiące. Przerzutów skórnych nigdzie nie udało się stwierdzić, co również przemawia przeciw mięsakowi.

O uchyłkach dwunastnicy.

podał

HENRYK ADELFANG.

Do stosunkowo niedawnego czasu uchyłki dwunastnicy znane były przeważnie anatomom lub anatomo-patologom i dlatego też w schorzeniach przewodu pokarmowego zwykle nie były brane w rachubę. Dopiero od czasu stwierdzenia i operacyjnego zweryfikowania pierwszego uchyłka przez Forsella i Keya w roku 1924, przypadki tego rodzaju zaczęto coraz częściej stwierdzać rentgenologicznie i myśleć o nich w niejasnych sprawach chorobowych jamy brzusznej.

Uchyłki dwunastnicy uważać należy za wrodzone uwypuklenia ściany jelita. Spotykamy je bowiem najczęściej w tych miejscach, w których znajdują się wysepki trzustki, w miejscach przechodzenia przez ścianę przewodu żółciowego wspólnego lub trzustkowego, lub też w miejscu przechodzenia przez ścianę większych naczyń krwionośnych. Są to wszystko już z natury rzeczy miejsca słabsze i dlatego tworzą locus minoris resistentiae dla przyszłego uchyłka. Ulubionem miejscem uchyłka jest brodawka Vatera, najrzadziej spotyka się go w części górnej dwunastnicy.

Ściany uchyłka składają się przeważnie tylko z dwóch warstw: z warstwy nabłonkowej i podśluzowej. Mięśniówki zazwyczaj brak. Dlatego też stwierdzamy zwykle ostre, gładkie kontury i brak ruchów robaczkowych. Wielkość uchyłka bywa różna: od ziarnka grochu do orzecha włoskiego. W jednym z moich przypadków uchyłek był wielkości jaja kurzego, co należy uważać za rzadkość.

Znaczenie kliniczne uchyłków jest w prostym stosunku do stopnia zastoiny: im dłużej pokarm zatrzymuje się w uchyłku, tem większy następuje rozkład, ergo tem większe drażnienie ściany uchyłka i tem poważniejsze i cięższe objawy u chorego. Taka bowiem długotrwała zastoina prowadzi często do zapalenia ściany uchyłka *(divetriculitis)* i tkanki okołouchyłkowej *(peridiverticulitis)*. Sprawa dochodzi nieraz do owrzodzenia, martwicy i przedziurawienia ze wszystkimi ciężkimi objawami za-

palenia otrzewnej. (D a v i s, B a l d w i n, W i l k i e i F i s n e r).
Uchyłki leżące przy brodawce Vatera, a zwłaszcza uchyłki samej brodawki, mogą doprowadzić, przy dłuższej zastoinie do wtórnego, wstępującego zakażenia dróg żółciowych. Opisane przez autorów francuskich „*diverticules perivatériennes*" należą właśnie do tej grupy, która najczęściej daje zmiany chorobowe w drogach żółciowych i w samej wątrobie.

Lecz tego rodzaju przypadki są rzadkie. Naogół uchyłek stwierdzany bywa przypadkowo przy badaniu przewodu pokarmowego i zwykle żadnych objawów nie daje.

Jeżeli jednak istnieją cięższe objawy ze strony przewodu pokarmowego, zwłaszcza żołądka i dwunastnicy, badanie zaś kliniczne i rentgenologiczne po za uchyłkiem z dłuższą zastoiną żadnych innych zmian nie wykrywa, należy myśleć o uchyłku jako przyczynie schorzenia.

Określonego zespołu chorobowego, który by pozwalał bez badania rentgenologicznego podejrzewać istnienie uchyłku, niema, pomimo, iż H a r a l d i inni starali się taki syndrom stworzyć.

Objawy, spowodowane uchyłkiem, są różne i spotykają się w najróżnorodniejszych schorzeniach przewodu pokarmowego i pęcherzyka żółciowego, zwłaszcza tych form, które francuzi opisali jako *cholécystopathie*.

Objawy te polegają na nieokreślonych i niezlokalizowanych bólach w górnej prawej części brzucha, nieraz tylko uczuciu pełności i ucisku, zgadze, rzadko wymiotach i w tak zwanem „przelewaniu się" w górnej części jamy brzusznej.

Brak łaknienia i związana z nim strata na wadze w większości przypadków. Nie stwierdzano nigdy ani okresowości, ani stopniowego nasilania się objawów, jak we wrzodach.

Wiek chorych, u których stwierdza się uchyłki, jest zwykle dość późny: od 50 — 70 lat. Rzadko stwierdza się uchyłki u osobników młodszych. Może się nieraz zdarzyć, że badanie rentgenologiczne stwierdza wrzód żołądka lub dwunastnicy i uchyłek. I wówczas, zwłaszcza gdy uchyłek znajduje się w górnej części dwunastnicy, trudno jest określić, czy mamy do czynienia

z uchyłkiem prawdziwym, czy też z tak zwaną kieszenią wrzodową *(„Ulcustasche")*.

Przypadki, które mam zaszczyt Panom dziś przedstawić, są następujące. Pierwszy dotyczy 54-letniej chorej, przysłanej do badania rentgenologicznego z rozpoznaniem klinicznym raka żołądka. Chora skarży się na silne bóle w okolicy żołądka, występujące zaraz po jedzeniu i trwające przez kilkanaście godzin, brak łaknienia i chudnięcie. Żadne środki wewnętrzne skutku nie odnoszą.



Fig. 1.

Rentgenologicznie stwierdza się: (fig. I) okrągły uchyłek wielkości moreli poniżej części odźwiernikowej żołądka, w przebiegu dwunastnicy. Szczegółowe badanie i obserwacja przechodzenia masy kontrastowej przez dwunastnicę pozwala stwierdzić, że mamy do czynienia z uchyłkiem, znajdującym się w dolnej części dwunastnicy. W szesć godzin p. c. już po zupełnem opróżnieniu żołądka stwierdza się duży okrągły uchyłek, w którym retencja pokarmów trwa około 16 godzin.

Przypadek II (fig. 2) dotyczy chorej lat 51, przysłanej do badania rentgenologicznego z podobnym rozpoznaniem — *ca. ventriculi*.

Objawy kliniczne trwają od roku i wyrażają się w nieściśle umiejscowionych bólach w górnej części brzucha, odbijaniu, nieraz wymiotach, braku łaknienia i t. p.



Fig. 2

Badanie rentgenologiczne stwierdziło uchyłek, wielkości jaja kurzego, leżący nad częścią odźwiernikową żołądka po stronie krzywizny małej. Miejsce to ściśle odpowiada górnemu zgięciu dwunastnicy — *flexura duodeno-jejunalis.* Po 6 godzinach post coenam zaleganie w żołądku i uchyłku. Czas opróżnienia uchyłka koło 12 — 13 godzin. Oba przypadki różnią się tylko umiejscowieniem uchyłka. Zresztą badanie rentgenologiczne nie stwierdziło żadnych zmian chorobowych ani w żołądku, ani w opuszcze dwunastniczej.

Przypadek trzeci (fig. III) jest nieco bardziej skomplikowany. Dotyczy on 40-letniego mężczyzny z typowymi objawami wrzodu żołądka. I rzeczywiście badanie rentgenologiczne stwierdza duże grzybowate wypuklenie na krzywiźnie małej, przemawiające za niszą i rozległe zrosty okołożołądkowe. Ponadto w przebiegu poprzecznej części dwunastnicy stwierdza się uchyłek wielkości orzecha włoskiego, o lekko zazębionych, falistych konturach. Ta falistość konturów stwierdza się przy uchyłkach, w skład ściany których wchodzi też mięśniówka i nosi nawet spe-

cjalną nazwę perystaltyki F r e u d a. Ale taki sam wygląd może mieć i tak zwana „kieszeń wrzodowa", która powstaje na tle zrostów i spotyka się we wrzodach żołądka i dwunastnicy. Sprawy tego rodzaju nie mogą być ustalone li tylko rentgenologicznie — roztrzyga stół operacyjny.

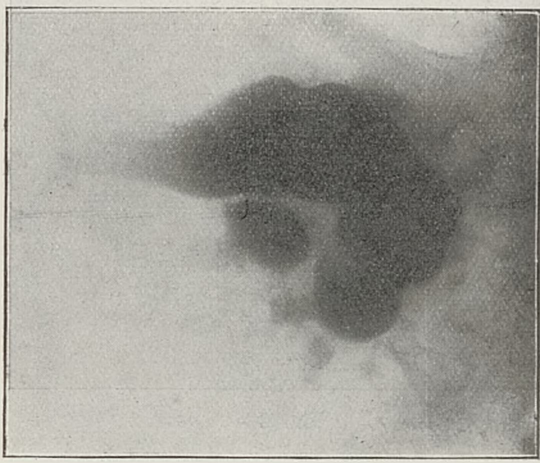


Fig. 3.

W większości opisanych przypadków, jak i w pierwszych dwóch własnych, zwraca uwagę znaczna rozbieżność rozpoznania klinicznego i rentgenologicznego. Na rozpoznanie kliniczne raka żołądka wpływają głównie dwie okoliczności: wiek chorych — podług statystyki uchyłki stwierdza się najczęściej między 50 — 70 rokiem życia —, i znaczny nieraz spadek wagi ciała. Ale ten właśnie ostatni objaw spowodowany jest głównie brakiem łaknienia, a właściwie lękiem przed przyjmowaniem pokarmów, a nie charłactwem.

Każda bowiem większa ilość pokarmów powoduje powstanie silnych, kilkanaście godzin trwających, bólów, a niedostateczne żywienie się we wszystkich tych przypadkach spowodowane jest raczej lękiem przed bólami, niż stanem chorobowym żołądka.

I dlatego też A l b r e c h t ma słuszność, gdy zaznacza, że gdy

u chorych z podobnymi objawami nie znajduje raka żołądka, to szuka uchyłka i często go wykrywa.

Jeżeli przejdziemy teraz do sprawy leczenia uchyłków dwunastnicy, zdania pod tym względem są podzielone. Gdy jedni z Clairmontem na czele uważają, że każdy stwierdzony uchyłek musi bezwzględnie być operowany, inni są zwolennikami przeważnie zachowawczych metod leczenia, tembardziej, że operacja uchyłka, a właściwie znalezienie go podczas operacji należy do rzeczy bardzo trudnych. Rzecz stanie się zrozumiała, jeżeli przypomnimy sobie wywody powyższe o składzie ściany uchyłka. Gdy uchyłek jest próżny, wówczas ściana jego ściąga się i wchodzi z powrotem do światła jelita.

Doskonale ilustruje to twierdzenie przypadek Berga, w którym rentgenologicznie stwierdzony duży uchyłek nie mógł być znaleziony nie tylko podczas operacji, ale nawet na stole sekcyjnym. I dopiero sam Berg za pomocą palca uwypuklił uchyłek, który zupełnie się skurczył i zrównał ze ścianą jelita.

Leczenie zachowawcze polega na odpowiedniej diecie, okładach gorących i trzymaniu chorego w łóżku.

Rozumie się, że w przypadkach ciężkich, połączonych ze stanem zapalnym, ew. martwicą lub owrzodzeniem uchyłka, natychmiastowa interwencja chirurgiczna jest bezwzględnie wskazana.

Streszczenia.

Hoff i Wermer. Skojarzenia psycho-wegetacyjne i ich zależność od wpływów pobocznych. Klin. Woch. 28, Nr. 8, str. 346.

Opierając się na pracach Pawłowa o odruchach warunkowych i Heyera o wpływie sugestji na czynność narządów, podlegających unerwieniu przez układ roślinny, autorowie badali działanie środków, wpływających na różne ośrodki nerwowe. Paraldehyd, oddziaływający hamująco na korę mózgową, wzmaga efekt wegetacyjny wpływów psychicznych w hipnozie; medinal, działający na pień mózgowy, blokuje skojarzenie między aktem psychicznym, a stanem wegetacyjnym; cardiazol usuwa działanie medinalu. U neurotyków stwierdzamy duże waha-

nia pod wpływem sugestji (wahania ogólnej kwasoty i wolnego kwasu solnego od 74/47 wobec sugestji zadowolenia, do 20/2 wobec sugestji niezadowolenia.

J.

J. Jarocki. Prace szkoły Pawłowa a leczenie chorób żołądka (Presse Méd..1925, Nr. 77 i Arch. App. Dig. 1928 Nr. 7)

Metoda, którą opracował autor, opiera się na badaniach fizjolog. szkoły Pawłowa, kt. wykazały, że mleko dzięki osadzaniu się kazeiny w żołądku wywołuje skurcz odźwiernika, a co za tem idzie — dłuższe pozostanie zawartości w żołądku Nadto stwierdzono, że mleko zawiera dużo składników, które wzmagają kwasotę żołądka. Po za mlekiem żółtko od jaj i sól kuchenna podnoszą kwasotę w żołądku.

Aby osiągnąć zupełne zahamowanie ruchów żoł., autor odżywia chorego w sposób następujący: ch., leżącemu w łóżku podaje się białka od jaj i świeże niesolone masło. Białka muszą być połykane nierozbite i oddzielnie od masła. Sól wyklucza się z djety, jak również i wszelkie płyny. Pierwszego dnia chory otrzymuje 1 białko zrana i 20 gr. masła. Z każdym dniem dawkę się powiększa o 1 białko i 20 gr. masła aż do 8 dnia; wówczas doprowadza się odżywianie do 1200 kal. — Podaje się białka i masło oddzielnie, gdyż badania wykazały, że zbite razem dłużej pozostają w żołądku. Stosuje autor to leczenie u chorych bardzo ciężkich i u chorych z krwotokami. Drugą fazę leczenia stanowi podawanie kleików oraz kaszek i kompotów, mleko jest wykluczone.

Stosując to leczenie (zupełnie bez leków!), autor osiągał nietylko podmiotową poprawę u chorych, ale i znaczne oraz trwałe obniżanie kwasoty żołądk.

Wszelkie próby podniesienia kwasoty żoł. w przypadkach bez kwaśności za pomocą odpowiedniej djety pozostawały bez wyniku. Dobre rezultaty osiągał autor przez podawanie dużych ilości kwasu solnego.

M. Orzech.

Glaessner. O działaniu pepsyny, wprowadzonej podskórnie (Med. Kl. Nr. 36/928).

U myszy, morskich świnek i królików doskórny za-

strzyk pepsyny, rozpuszczonej w kwasie solnym, wywołuje owrzodzenie skóry, przypominające pod każdym względem wrzód trawienny, z tą tylko różnicą, że owrzodzenie to się goi zupełnie, przyczem pozostawia ledwo widoczną bliznę.

Takież same owrzodzenia autor wywoływał u ludzi, przyspieszał jednak proces gojenia, zastrzykując równocześnie **podskórnie** 1 — 2% rozczyn Pepsin, absolut. Merck. To ostatnie spostrzeżenie naprowadziło autora na myśl leczenia wrzodów trawiennych żoł. tym sposobem. W przeszło 100 przypadkach autor uzyskał częściowo trwałe kilkoletnie wyzdrowienie, albo też znaczną poprawę. Stosował autor 20 — 30 zastrzyków co 2 dni, pozostawiając ch. na zwykłej djecie. Autor nie podejmuje się wytłomaczyć sposobu działania tego środka, nie jest jednak wykluczone, że jest to działanie ciał białkowych.

Wobec tego że ch. przy tym leczeniu znacznie przybywało na wadze, autor stosował te zastrzyki niejednokrotnie w rakach żołądka, nie nadających się do operacji. Dolegliwości się znacznie zmniejszały, waga przybywała; udawało się ch. przez 1 — 1½ r. utrzymać w dobrym stanie.

Działanie pepsyny pod tym względem przypomina działanie insuliny.

M. O.

Heupke i Marx. Badania nad trawieniem w zamkniętych komórkach roślinnych i o jego znaczeniu dla fizjologji oraz patologji (Arch. f. Vrdgskrkh. T. XLIV. Zeszyt 1 — 2).

Autorzy wykazali w swych badaniach, iż tłuszcz, znajdujący się w roślinnych pokarmach (orzechy, oliwki), zostaje strawiony, mimo, iż ich otoczki ścienne pozostają zamknięte. Najprawdopodobniej lipaza soków trawiennych ma własność przenikania przez te otoczki roślinne wgłąb.

Józef Nusbaum.

Gigon. (Bazylea). Zmodyfikowana kuracja Sippy'ego przy owrzodzeniach żołądka. Schweiz. M. W. Nr. 41 — 1928.

I-go dnia co 2 godziny naprzemian filiżankę mleka albo śmietanki. Po każdej filiżance naprzemian proszek Nr. I (Magnes. ust., Natr. bicarbon. aa 0.5) albo proszek Nr. II (Calc. carb. 0.5, Natr. bicarbon. 1.5) Gdy Nr. I działa rozwalniająco, wówczas częściej dajemy proszek Nr. II i naodwrót.

II-go dnia. Tak samo jak dnia pierwszego, tylko raz w miejsce mleka podajemy kleik i owsianki.

III-go dnia jak poprzedniego, raz w miejsce mleka Mondamina, kaszka-manna albo ryż na mleku.

IV-go dnia jak dnia poprzedniego. Dwa razy do mleka sucharek z masłem.

V i VI-go dnia jak wyżej i dodać jedno jajo na miękko gotowane.

VII-go Godz. 8-ma rano: Mleko, bułka, jajo na miękko. 11-ta kleik, 13-ta kleik, gotowana ryba, albo kotlet cielęcy bez sosu, kartofle przetarte, jarzynki — 15-ta filiżanka śmietanki, 19-ta szklanka mleka. Od dnia 14-go wieczorem gotowana szynka, potrawy mączne i zimne mięso.

L. S.

Boas: Foetor ex ore et lingua, oraz ich leczenie (Ther. d. Geg. Nr. 1 (1929).

Przyczyną złego zapachu z ust są spróchniałe zęby, migdałki schorzałe oraz schorzenia jam dodatkowych nosa (zatoki szczękowe i czołowe). Ale, zdaniem autora, istnieje jeszcze jedna przyczyna tak przykrego dla osobnika zapachu z ust — mianowicie język, na którym daje się stwierdzić proces gnilny. Wchodzi tu w grę nie cały język, lecz jego nasada, a głównie brodawki pieńkowate (papillae vallatae). W tem miejscu tworzą się skupienia bakteryj wokoło przewodów gruczołowych, tudzież zbierają się resztki pokarmowe — wszystko to razem ze względu na względnie małą ruchomość tej części języka prowadzi do wytwarzania się ciał cuchnących. Możliwe jest przypuszczenie autorów amerykańskich o istnieniu t. zw. oral sepsis: dzięki istnieniu produktów gnilnych na nasadzie języka przedostaje się infekcja do krwiobiegu — powstają cierpienia dróg żółciowych oraz przewodu pokarmowego. Co się tyczy zapachu z ust — to powstawać on może dzięki wessaniu się w jelitach niektórych produktów, tworzących się w żołądku; przedostawszy się tą drogą do krwiobiegu, mogą przedostać się przez wyziewy do jamy ustnej. Schorzenia jelita grubego prowadzą bardzo często do złego zapachu z ust. Opisano u wątrobowo chorych — t. zw. foetor hepaticus — pochodzi on od indolu w wyziewanem powietrzu.

Wreszcie należy pamiętać o możliwości wydobywania się złego zapachu z przełyku (uchyłki) oraz z przewodu żołądkowo-jelitowego bezpośrednio; niektóre środki lecznicze powodują również powstawanie złego zapachu. Leczenie zależne jest od wyjaśnienia przyczyny powstałego złego zapachu.

Autor zwraca w tem miejscu głównie na czyszczenie języka zgiętą pod kątem równym szczoteczką — 2 razy dziennie. Dodaje on do wody 15 kropli rozczynu vaniliny w spirytusie (0,5 — 25,0 spir. dilut.).

Fr.

Guns. O działaniu niektórych leków na przełyk. (Arch. App. Dig. Nr. 9, 1928).

Większość lekarzy jest niezadowoloną z wyników stosowania ogólnie przyjętych leków w skurczu przełyku. Ta okoliczność skłoniła autora do wypróbowania działania tych leków pod kontrolą promieni Rntg. Ze swych badań autor wyciąga następujące wnioski:

Po zadziałaniu atropiny papka barytowa zatrzymuje się częściej i dłużej nad bifurkacją i wpustem; odwrotnie — po zastosow. pilokarpiny. Adrenalina i ergotamina zdają się nie mieć żadnego wpływu na przełyk. Zaś papaweryna wywołuje gwałtowne ruchy prściwperystaltyczne w dolnej $^1/_3$ przłyku.

M. O.

Schmilinsky. O nabytej 3-ciorzędowej kile żołądka i jelita cienkiego (Arch. f. Vrdgskrkh. T. XLIII).

Autor opisuje 3 przypadki, w których dokonany zabieg obalił rozpoznanie kliniczne.

Przypadek I-szy dotyczył staruszki, która od lat 14-tu cierpiała okresowo na bóle w nadbrzuszu. Miewała kilkakrotnie wymioty krwawe oraz krwawienia z jelit. Naczczo stwierdzano w żołądku nieznaczne zalegania pokarmowe oraz duże ilości żółci. Przy operacji wrzodu nie znaleziono, natomiast odźwiernik, dwunastnica i początek jelita czczego były rozszerzone. Na 4 cm. od fałdy dwunastniczojelitowej wykryto w jelicie czczem guz wielkości orzecha laskowego, zamykającego światło jelita. Część odprowadzająca jelita była znacznie węższa od części doprowadzającej. Guz usunięto. Wyleczenie. Na preparacie stwierdzono lejkowate wciągnięcie ściany, a w głębi — niewielkie

owrzodzenie, w którego otoczeniu wykryto drobnowidowo drobnokomórkowe nacieczenia. Badanie skrawków na włókna elastyczne pozwoliło stwierdzić typowe zmiany kiłowe w naczyniach.

W przypadku II-gim chodziło o mężczyznę 45-letniego, który od roku miewał bóle w dołku, a w ciągu ostatnich 4 tygodni wymioty. Przy badaniu stwierdzono w prawem podżebrzu poprzeczny, twardy guz, znikający pod lewym łukiem żebrowym. Żołądek mógł pomieścić zaledwie 400 cm³. Naczczo— resztki pokarmowe. Kwasu solnego — brak. Kwas mleczny. Wyniszczenie. Badanie rentgenowskie wykazało mały żołądek z ubytkiem i zazębieniami w części odźwiernikowej. Rozpoznawano raka żołądka.

Przy operacji stwierdzono twarde nacieczenie całego prawie żołądka, wobec czego wykonano jedynie zespolenie żołądkowo-jelitowe, potwierdzając poprzednie rozpoznanie.

Wkrótce potem chory przebył dwukrotnie anginę, poczem nastąpiło przedziurawienie podniebienia miękkiego. Po zastosowaniu kuracji jodowo-salwarsanowej — guz żołądkowy znikł.

Po 13 latach S. widział pacjenta w zupełnie dobrym stanie, zdolnego do pracy.

Wreszcie przypadek III-ci. 46-letnia pacjentka miewała od lat 3-ch w dołku okresowe bóle, występujące już podczas jedzenia. Później przyłączyły się wymioty. Znaczne osłabienie i wychudzenie. Leczenie djetetyczne oraz leżenie pozostawało bez wpływu. Rentgen nie wykazywał żadnych zmian. Wolnego kwasu solnego — brak. Próba na krwawienie utajone w stolcu dawała wynik ujemny. Ciepłota 38°. Pozatem wyczuwano guz pod lewym łukiem żebrowym.

Dokonano resekcji prawie całego żołądka, w którym stwierdzono płaskie owrzodzenie wielkości dłoni, pokryte białą, nekrotyczną masą. Anatomopatolog rozpoznawał „ulcus simplex". Po pewnym czasie wystąpiły objawy niedrożności kiszek. Dokonano drugiej operacji, podczas której stwierdzono guz wielkości daktyla.

Poprzeczna resekcja danego odcinka. Wyleczenie.

Tym razem stwierdzono anatomo-patologicznie kiłę.

Józef Nusbaum.

Gutzeit. Uwagi krytyczne co do stanu obecnego rozpoznania i leczenia wrzodu trawiennego. Klin. Woch., 28, Nr. 24, str. 1138.

Różniczkować należy: nieżyty żołądka, stany skurczowe, dyskinezy dróg żółciowych. Krzywa wydzielania soku żołądkowego, otrzymana metodą Ehrmanna, zawiodła pokładane w niej nadzieje. Roentgen wykazuje tylko głębsze zmiany. Lepsze wyniki daje gastroskopja, metoda w rękach ostrożnego, wyszkolonego badacza bezpieczna. Gastroskopja jest jedyną metodą, dzięki której rozpoznajemy schorzenia śluzówki nie sięgające do błony surowiczej, przedewszystkiem zaś umożliwia różniczkowanie między wrzodem, a nieżytem. Co do leczenia, autor podkreśla między innemi brak witaminy C w diecie wrzodowej i zaleca podawanie surowych soków owocowych. Ze środków leczniczych autor wspomina o kollargolu (3 razy dziennie po łyżeczce 2% kolargolu na ½ godziny przed jedzeniem), szczególniej w przypadkach, w których obok wrzodu trawiennego stwierdzamy zmiany nieżytowe. Dobre wyniki daje odżywianie przez zgłębnik dwunastniczy (2 — 4 tygodnie). Do zabiegu nadają się wrzody przedziurawione, względnie blizkie przedziurawienia, podejrzane o zwyrodnienie niezłośliwe i zwężenia odźwiernika.

J.

Ferstel. W sprawie powstawania raków żołądka z owrzodzeń żołądkowych (D. M. Woch. Nr. 1928).

Przytoczony przypadek wyraźnie wskazuje na możliwość powstawania raka żołądka na gruncie owrzodzeń.

Chory od wielu lat miewał objawy wrzodu; przy badaniu stwierdzono rozszerzony żołądek i zwężenie odźwiernika. Rozpoznanie to potwierdzonem zostało przy operacji, wskutek czego wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe.

Po 5-ciu latach zupełnie dobrego samopoczucia (choremu w tym czasie przybyło 50 kg) wystąpiły znów objawy żołądkowe i szybki rozwój nowotworu dokładnie w tem miejscu, w którem poprzednio stwierdzono owrzodzenie.

Józef Nusbaum.

Konjetzny. O klinice nieżytu żołądka (Arch. f. Vrdgkrkh. T. XLIII).

Opierając się na teorji K. o powstawaniu wrzodów żołądka i dwunastnicy i uważając je za powikłanie nieżytu żołądka, łatwo zrozumieć, iż t. zw. objawy wrzodowe są zasadniczo objawami nieżytu żołądka. Przytoczone obserwacje są ciekawym przyczynkiem do symptomatologji tego cierpienia.

W 8-miu spostrzeganych przypadkach — dolegliwości występowały okresowo; chorzy skarżyli się od szeregu lat na bóle głodowe i nocne, stwierdzano również u niektórych wymioty krwawe oraz nieznaczne zalegania.

Badanie anatomiczne skrawków po dokonanej resekcji wykazało we wszystkich przypadkach jedynie objawy nieżytowe śluzówki. Zdaniem autora, krwotoki mogą być również następstwem nieżytu żołądka.

W 3-ch z przytoczonych powyżej przypadków występowały wielokrotnie znaczne krwotoki żołądkowe; z powodu niestwierdzonych anatomicznie starych owrzodzeń, bądź blizn, — musiały one być złożone na karb erozyjnego nieżytu żołądka. W innym znów przypadku — nastąpiło zejście śmiertelne z powodu t. zw. miąższowego krwotoku żołądkowego; makroskopowo nie udało się wykryć jego źródła, przy badaniu zaś drobnowidowem — stwierdzono nieżyt żołądka.

W swej monografji o stanach zapalnych śluzówki żołądka wykazał autor, iż obserwowane w tych razach nadżerki są dość często powodem krwotoków kapilarnych.

Niekiedy ostre banalne katary żołądka mogą przebiegać z objawami zapalenia otrzewny. W szeregu przypadków, operowanych z powodu rzekomego przedziurawienia żołądka, — rozpoznania okazały się błędnemi. Badania histologiczne stwierdzały jedynie stany nieżytowe śluzówki żołądka.

Józef Nusbaum.

Landau, Fejgin, Grochowski, Held i Piętnikówna: Linitis plastica luetica „Medycyna" Nr. 25/1928.

Wprowadzone przez Brintona do patologji pojęcie „Linitis plastica" nie przez wszystkich autorów jednakowo jest ujęte. Wszyscy wprawdzie zgadzają się co do jednego — iż mamy do czynienia z nacieczoną, zapalną i rozrostową ścianą żołądka. Niektórzy uważają, iż przyczyna tych zmian tkwi w kile, inni zaś podejrzewają złośliwy charakter tego cierpienia.

Autorzy opisują 33-letniego chorego — z brakiem kwasu solnego w treści żołądkowej; rentgenologicznie żołądek mało ruchomy, kształtu lejkowatego ze zwężeniem części odźwiernikowej. W kale — brak krwawienia utajonego. Rozpoznanie waha się między kiłą a nowotworem żołądka. Odczyn Was. — dodatni.

Wobec ogólnego dobrego stanu chorego przypuszczano obecność kiły żołądka. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia stan ogólny uległ wybitnej poprawie.

Co się tyczy Roentgena — to zdjęcie kontrolne nie wykazało większych zmian w stosunku do zdjęcia pierwszego. Autorzy przestrzegają przed zbyt długiem zwlekaniem z zabiegiem operacyjnym w razie braku efektu leczniczego po zastosowaniu leczenia przeciwluetycznego.

Fr.

Feist. Wrzód dużej krzywizny, drążący do śledziony (Med. Kl. Nr. 48 — 1928).

Przypadek, według autora, b. rzadki, dotychczas nienotowany w piśmienictwie. Zdjęcie Rntg. wykazało dużą nyżę b. wysoko na krzywiźnie dużej. Przy operacji stwierdzono przerost wrzodu do śledziony, wobec czego po usunięciu śledziony wycięto część żołądka. Chory zniósł dobrze ten nader skomplikowany zabieg.

M. O.

Fraenkel. Działanie efetoniny na żołądek i jelita (Med. Kl. Nr. 3/29).

Wybitne działanie terapeutyczne efetoniny w astmie oskrzelowej, pokrzywce i katarach nosa i wielu in. polega na podnoszeniu napięcia nerwu sympatycznego.

Przyjmując pod uwagę właśnie ten wpływ, na układ współczulny, autor leczył chorą z objawami skurczów żołądka przy pomocy efetoniny i osiągnął b. dobre wyniki, podając 2 razy dziennie po 1/2 tabletki.

W kilku przypadkach autor spostrzegł pobudzający wpływ efetoniny na perystaltykę jelit, więc skutecznie zwalczał przy jej pomocy uporczywe zaparcia.

M. O.

Remberg. Przypadek włókniaka żołądka, rozpoznanego

przy pomocy promieni Roentg. (Anal. Roentg. Leningrad 1927, str. 431 — cyt. pod.ug Arch. App. Dig. 1928/8, str. 924).

Badanie Roentg. wykazało ubytek cieniowy, znajdujący się nad tylną ścianą żoł., ograniczony wstęp. krzywizną części odźwiernikowej i przylegający bezpośrednio do odźwiernika ze strony krzywizny dużej; jego wymiary 3 cm na 5 i jego kształt owalny przypominały w zupełności jajo kurze. Oś podłużna ubytku szła równolegle do osi podłużnej żoł. Powierzchnia wyraźna i gładka. Papka barytowa przechodziła ze strony małej krzywizny wązką, gładką smugą.

Rozpoznano guz dobrotliwy części odźwiernikowej żołądka, wychodzący z tylnej jego ściany i zwężający cz. odźwiernik.

Operacja rozpoznanie to potwierdziła.

M. O.

Jezierski. Znaczenie krętków w żołądku (Nowiny Lek. zesz. 22/1928 r.).

Autor od 5 lat bada florę treści żołądkowej. — Osad treści odwirowanej barwi się 5% rozczynem fioletu methylowego. Zbadano 170 żołądkowo-chorych; u 36 chorych — u których stwierdzono raka żołądka — znaleziono k r ę t k i krótsze lub grubsze niż t. zw. blade i barwiące się intensywnie fioletem metylowym. U tych samych chorych prątki Boas-Opplera stwierdzono tylko w 31 przypadkach. Dodać należy, iż u 8 rakowo-chorych k r ę t k ó w nie znaleziono (przypadki świeże), oraz znaleziono krętki u chorych ze zmniejszoną kwasotą i w przypadku zapalenia woreczka żółciowego. Powstaje zagadnienie, jakim czynnikom właściwie należy przypisać obecność i żywotność krętków.

Fr.

Rachet. Gastroskopja. (Paris méd. 1927/14, cyt. podłg. Arch. App. Dig. 1928/8, str. 910).

Na pytanie, czy gastroskopja może być uważana za praktyczny sposób badań klinicznych, autor odpowiada jak następuje·

W najlepszym systemie gastroskopu przeprowadzenie narzędzia przez podprzeponową część przełyku pozostaje ślepem i grozi przedziurawieniem.

Swoje usprawiedliwienie znajduje gastroskopja w zawiłem różniczkowaniu między wrzodem żoł. drążącym a rozpoczynającym się rakiem.

Jak dotychczas endoskopja żoł. winna być stosowana po wykorzystaniu wszelkich innych sposobów badania.

M. O.

Fischman. Nowy pośredni objaw w różniczkowaniu między wrzodem żołądka i chorobą dróg żółciow. (Fortschr. Roentgenstr. 1928/V, cyt. podłg. Arch. App. Dig. 1928/8).

We wrzodzie żołądka papka barytowa dosięga kątnicy nie wcześniej niż po 4 godzinach; w cierpieniach dróg żółciow. przejście papki jest przyspieszone. Jednakże wyjątek stanowi wrzód. drążący do trzustki — w tym wypadku przejście papki jest również przyspieszone.

M. O.

Manong. Rozpoznanie wrzodu żołądka i dwunastnicy, a okresowość zjawiania się bólów opóźnionych. (Thèse de Paris, cyt. pdłg. Arch. App. Dig. 1928. str. 918).

Autor przypomina, że najbardziej cennym objawem we wrzodzie żoł.-dwunastn. jest okresowość w zjawianiu się dolegliwości. Bóle mogą być różne; mogą mieć charakter kurczów, ciężaru, gniecenia, wzdęcia, ciągnienia, ale wszystkie te objawy mają tę wspólną cechę, że występują okresowo, kilka godzin po spożyciu pokarmu i że dają się zmniejszyć przez przyjmowanie pokarmów albo soli zasadowych.

Według autora, bóle żołądk. opóźnione, ale występujące nieokresowo, są wtórne — w cierpieniach narządów sąsiednich (wątroby, wyrostka rob. etc.) albo też w cierpieniach pozabrzusznych (sercowych, płucnych, korzonkowych).

M. O.

A. Frenkel (Rostow n. Donem) Przyczynek kliniczno-doświadczalny podczas cholecystogastrotomji przy owrzodzeniach żołądka i dwunastnicy. (Arch. für Klin. Chir.).

Autor na podstawie 68 przypadków (w tem 21 przypadków na niemcwlętach) dochodzi do wniosku, że żółć działa przy owrzodzeniach żołądka leczniczo. Obniża stopień kwasoty i zmniejsza bóle. W 83.6% zaobserwowanych przypadków wyniki były zupełnie dobre. W przypadkach zwężenia odźwiernika należy wykonać jeszcze obok cholecystogastrostomii również i G.-enterostomię.

L. S.

Walzberg. Wytworzenie się nowego kamienia w kikucie pęcherzyka żółciowego (Med. Kl. Nr. 5. 1929).

W przeciwieństwie do ogólnie przyjętego zdania, że nowowytworzone kamienie w kikucie pęcherzyka stanowią powiększone pozostałości w kikucie, autor stwierdza możliwość powstawania bezsprzecznie nowych kamieni w tem miejscu. Wyciąga ten wniosek z przypadku kamicy żółciowej, kt. poddał dwukrotnie operacji w ciągu 7 lat. Przy pierwszym zabiegu kamieni nie znaleziono i usunięto pęcherzyk.

Przy drugim zabiegu znaleziono spory zgrubiały worek. z którego usunięty został kamień wielkości śliwki. Ewentualności, by tu miała miejsce anomalja 2-ch pęcherzyków wrodzonych, autor nie dopuszcza, gdyż to by nie uszło uwagi przy pierwszej skrupulatnej operacji.

M. O.

Hauswirt i Silberstein. Doświadczalne przyczynki do fizjologji i patologji dwunastnicy (Med. Kl. Nr. 46. 1928).

Po mozolnych próbach na wielu psach autorom udało się własnym sposobem wyciąć całkowicie dwunastnicę, z jednoczesnem wszyciem brodawki Vater'a względnie przewodu wspólnego i trzustkowego do jelita cienkiego. Na 6 psach, operow. w ten sposób, dokonano różn. badań co do stosunku dwunastnicy do gospodarki węglowodanowej i do układu krwiotwórczego.

Wnioski są następ.: Życie zwierząt, pozbawion. dwunastnicy przy zachowaniu połączenia między gruczołami trawiennymi a jelitem, — jest możliwe. Ma się wrażenie, że dwunastnica posiada poniekąd czynność regulacyjną w gospodarce węglowodanowej i krwiotwórczej: po usunięciu tego narządu u wszystkich psów występowała duża chwiejność obu wzmiankowanych czynności.

M. O.

Baccarani: O odruchu okrężnicowym. (Rif. med. 1927 Nr. 11, cyt. pdłg. Med. Kl. Nr. 36/928, str. 1352).

Odruch ten ma polegać na tem, że ch. zrana w chwili, gdy wstają z łóżka, nagle doznają nieprzezwyciężonej potrzeby wypróżnienia. Objawy te spostrzegał autor najczęściej u kobiet z opuszczeniem trzew. Odruch ten może zostać zahamowany przez nałożenie pasa brzusznego. Do tego zespołu objawów na-

leży zaliczyć również i te przypadki, gdzie chorzy zaraz po wstaniu mają wypróżnienia, aczkolwiek bez bólów.

M. O.

Zweig. Niedomoga zastawki okrężnicy, jako samoistna jednostka chorobowa (Arch. f. Vrdgkskrkh. T.XLIII).

Niedomoga zastawki Bauhina jest stanem patologicznym. Występując również i u osób pozornie zdrowych, stanowi ona często podłoże dla ciężkich obrazów chorobowych (niestrawność gnilna, fermentacyjna, nieżyt jelit i t. p.). Objawy tego cierpienia są rozmaite: od zwykłego zaparcia aż do niestrawności jelitowej z napadami kolki, okresowo występującemi skokami ciepłoty, nudnościami, wymiotami i t. p. Leczenie ma polegać na zwalczaniu zalegania w dolnych odcinkach jelita biodrowego; w przypadkach ciężkich — niekiedy niezbędny jest zabieg chirurgiczny.

Józef Nusbaum.

M. Hiesch. Nadwrażliwość nerwów przeponowych w zapaleniu wyrostka robaczkowego (Arch. App. Dig. Nr. 7, 1928).

Rozpoznanie zapalenia, a zwłaszcza nietypowego, wyrostka robaczkowego, jeszcze dotychczas napotyka na wielkie trudności; usprawiedliwia to ciągłe poszukiwanie nowych objawów, któreby ułatwiły rozpoznanie.

W swoich badaniach autor się opiera na następ. rozumowaniu: pdłg. zdania wielu chirurgów większość t. zw. pierwotnych cierpień pęcherzyka żółciowego, dwunastnicy i żołądka należy uważać za skutki po schorzeniu wyrostka robaczk., czyli jako rodzaj przerzutów appendykalnych. Droga, kt. zapalenie wyrostka się posuwa w kierunku nadbrzusza jest w szczegółach jeszcze niezupełnie wyjaśniona, niemniej jest pewnem, że zakażenie przenosi się przez naczynia chłonne. Tak częste zapalenia w drogach chłonnych podwątrobowych przy zapal. wyrostka skłoniły autora do badania u wszystk. chorych na wyrostek stanu podrażnienia nerwu przeponowego. Objaw ten wywołuje się przez ucisk na trójkąt, wytwarzany przez obydwie nóżki m. Sternocleido-mastoidel i obojczyk; przy objawie dodatnim pac. silnie reaguje na wywołany ból. Najczęściej objaw ten występuje po str. prawej, niekiedy również po str. lewej ale mniej wyraźnie. Ciekawe jest, że objaw ten znika na 2 — 6 dzień po stosowaniu lodu, albo 1 — 2 dzień po wycięciu wyrostka. W niektórych przy-

padkach autor spostrzegał ponowne występowanie tego objawu przy obostrzeniu sprawy zapalnej w wyrostku. Niekiedy i po usunięciu wyrostka nadwrażliwość nerwu pozostaje, co autor tłomaczy trwałym zapaleniem dróg chłonnych podwątrobowych.

W swej pracy autor nie zapomina o tem, że nadwrażliwość nerwu przeponow. występuje bardzo często w kamicy żółciowej (objaw Chauffarda); zaznacza tylko, że objaw ch. nie jest samoistny, a to z tego względu że, według autora, wszelkie zapalenia woreczka żółciowego są skutkiem zapalenia wyrostka.

M. Orzech.

Strassburger. Pojęcie i istota niestrawności jelitowych u dorosłych (Arch. f. Vrdgskrkh. T. XLIII).

Patologiczne procesy fermentacyjne w jelicie są następstwem pewnej niedomogi w trawieniu węglowodanów; stan ten ujmujemy klinicznie jako „dyspepsję fermentacyjną".

Przyczyną biegunek gnilnych są przeważnie wydzieliny ściany jelitowej, obfitujące w produkty białkowe.

S. odróżnia dyspepsję gnilną pierwotną, w której niestrawione produkty proteinowe pokarmów (mięso, ewent. i tk. łączna) są przyczyną gnicia i jego materjałem, od dyspepsji gnilnej wtórnej, gdy produkty pokarmowe (np. węglowodany) nie stanowią substratu gnicia, lecz jego przyczynę, przez podrażnienie ściany i powodując w ten sposób wydzielanie łatwo gnijącego płynu.

W powstawaniu dyspepsji jelitowej główną rolę, zdaniem S., odgrywa zaburzenie w zużytkowywaniu pokarmów, zaś zachowanie się i czynność bakterji ma znaczenie drugorzędne.

Józef Nusbaum.

Pal. Leczenie colitis ulcerosa (Sem. des Wien Dokt. Kolleg)

Prof. Pal (Wiedeń) odradza podawania preparatów makowca. Wywołują one skurcze dolnych odcinków przewodu pokarmowego a tem samem zatrzymanie różnych zarazków (laseczniki czerwonki, Paratyfusu A. i B.) Należy papaweryną, kamforą i atropiną (podskórnie) pokonać stany skurczowe wywołujące przykre objawy parcia na stolec. Po poprzedniem przeczyszczeniu przewodu pokarmowego olejem rącznikowym należy podać jeden z wyżej wspomnianych preparatów, a następnie przemyć pod lekkiem ciśnieniem dalsze odcinki wodą temp. 28°

do której na $^1/_2$ litra dodano 30 kropli tinctr. Jodi. W wypadkach ciężkich, gdzie leczenie miejscowe nie daje żadnych wyników należy wykonać appendikostomię, przez otwór której należy chorego 2 razy dziennie przemywać 1 — 2% Tinctr. Jodi, roztworem węgla albo chlorku wapnia. Otwór należy zamknąć dopiero po roku, gdy wypróżnienia się uformują i ogólny stan chorego się poprawi. W okresie tym nie należy choremu podawać mięsa, mało białka, a przeważnie potrawy jarzynowe, mączne z większą domieszką tłuszczu.

L. S.

Moritsch. Przedziurawienie esicy przez ciało obce (Med. Kl. Nr. 49. Str. 1859. 1928).

Na posiedzeniu Wiedeńsk. T-wa Lekarsk. M. pokazuje ch., kt. zwykle wprowadzał swoje guzy krwawnicze przy pomocy drewnianej pałeczki do nabijania papierosów. Pewnego razu pac. się poślizgnął podczas tej czynności, i w rezultacie pałeczka znikła w odbytnicy. Na drugi dzień chory zostaje poddany laparatomji, kt. wykazuje przedziurawienie S-icy.

W dyskusji opowiada Ewald o następ. przypadku: pewna pielęgniarka została poddana operacji wycięcia wyrostka, ale po otwarciu brzucha stwierdzono, że wyrostek nie wykazuje zmian, natomiast pod otrzewną zauważono wyniosłą rezystencję. kt. połyskiwała jak srebro; przy dotknięciu nożem tumor ten się rozpadł na niezliczoną ilość drobn. kulek. — Z doatkowego wywiadu wyjaśniło się, że ch. przed długim czasem wprowadzała do pochwy termometr, kt. nie mogła wydostać z powrotem. W jaki sposób rtęć się dostała pod otrzewnę, nie zostało wyjaśnione.

M. O.

A. Fröhlich. Jakiemi zasadami winien się kierować lekarz przy posługiwaniu się różnemi środkami czyszczącemi. (Wiener Klinische Wochenschrift. 1928. Nr. 43).

„Wypróżnienie górą i dołem jest właściwą drogą dla usunięcia jadów w ostrem zatruciu". Oprócz przemywania żołądka należy podawać sole rozwalniające.

Za pomocą śródmięśniowych wstrzykiwań Peristaltyny, zawierającej pochodne antrachinonu w związku glikozydowym. udaje się sprowadzić w ciągu kilku godzin wypróżnienie. Ma to

wielkie znaczenie, o ile nie można wprowadzić do żołądka leków rozwalniających.

W ostrych chorobach gorączkowych, w obrażeniach cielesnych i przy nieszczęśliwych wypadkach można zwalczać zaparcie niezliczonymi środkami, znajdującymi się w obiegu. Leków drażniących, także oleju krotonowego, burzanek (colocynthides) należy unikać. Wymienić wypada właściwe środki oddziałujące na cienkie jelito: olej rącznikowy, wilec-jalapę, sól glauberską, sól gorzką, winian sodowo-potasowy, a z środków, mających wpływ na jelito grube, alonę, szakłak, kruszynę amerykańską, senes (któremu niektórzy autorowie przypisują wpływ na cienkie jelito). W dalszym ciągu autor omawia isticynę, izacen, purgen, darmol i kalomel (możliwość zatrucia rtęcią), regulinę, normakol, purgiolaks, krystolaks i nadtlenek magnezowy. W nawykowem zaparciu stolca należy unikać środków czyszczących. Za dopuszczalne autor uważa kwasy organiczne, jak naprz. kwas mlekowy (kefir, jogurt), kwas jabłkowy, cytrynowy, owoce, cukier, miód i t. d. Dla zwalczania kurczowego zaparcia należy brać w rachubę środki przeciwkurczowe, jak atropina, wyciąg z wilczej jagody, a także papawerynę, akineton, pilokarpinę i fizystygminę (ostatnie dwa środki mają powodować nieregularne ruchy jelit. Fizostygmina zwiększa napięcie jelita). Natomiast regularnie wzmagający się ruch robaczkowy osiągać można za pomocą pituitryny. Zaparcia wskutek braku hormonu (hypotyreoidyzm) usunąć można za pomocą istoty tarczykowej.

P. Paret. Wyleczenie przypadku porażennej niedrożności jelit za pomocą Peristaltyny. (Un cas d'iléus paralitique, guéri radicalement par la péristaltine). Le concours médical, 1928. Nr. 21.

Aczkolwiek porażenna niedrożność jelit może wogóle tylko być leczoną operacyjnie, to jednak w przypadkach, w których stan chorego wyłącza możliwość zabiegu operacyjnego, należy próbować leczenie za pomocą zastrzyków Peristaltyny. Autor wspomina o przypadku, podanym w swoim czasie przez Rascoula i podaje opis własnego doświadczenia.

S..., fryzjer z marskością wątroby. Wasserman dodatni. W piątym miesiącu po prawostronnem porażeniu z niemotą na-

stąpiło nagle zaparcie stolca. Przez 8 dni bez skutku zadawano wszelkiego rodzaju leki czyszczące, m. in. też tinct. Jalapae comp. Wezwano lekarza. Chory wymiotował zielonemi masami. Maksymalne ciśnienie krwi opadło z 32 na 13, minimum wynosiło 2 (Vaquez). Chirurg wezwany odradzał zabieg operacyjny ze względu na zły stan chorego i zalecił wstrzykiwania Peristaltyny. P. wstrzyknął w ciągu 4 dni 5 ampułek. Już po pierwszym zastrzyku wystąpił kał, po drugim ustały wymioty, z czego można było wnioskować o częściowem usunięciu przeszkody. Na czwarty dzień obrzmienie, zauważone już od początku w dole podlędźwiowym zmniejszyło się do 1/4 swej objętości. Następne 2 ampułki spowodowały silną kolkę i sprowadziły wydalenie wielkiej ilości kału. Od tego czasu stan chorego pomyślny.

Protokóły posiedzeń.

Pol. Tow. Gastrologiczne.

Dnia 18 kwietnia 1928 r.

W dniu 18 kwietnia 1928 r. odbyło się walne roczne zebranie członków Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego. Przewodniczył kol. W. Knappe. Pióro trzymał kol. Schlager.

Sekretarz Fr. Niewiadomski odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa Gastrologicznego za ubiegłe lata, które w streszczeniu zostało ogłoszone drukiem w Nr. 1 „Gastrologji Polskiej". Po złożeniu sprawozdania przez Justmana, jako skarbnika i przedstawienia preliminarza budżetu na rok następny i po przyjęciu do wiadomości sprawozdania Komisji rewizyjnej uchwalono na wniosek przewodniczącego przyjąć do wiadomości referaty sekretarza i skarbnika i wyrazić podziękowanie Zarządowi za usilną pracę dla dobra Towarzystwa.

Następnie zarządzono wybory do Zarządu na miejsce czterech, w myśl Statutu ustępujących członków. Zostali wybra-

ni: Grundzach, Kryński, Niewiadomski, Al. Zawadzki, na miejsce Justmana, który ustąpił z Zarządu, Frank. Do Komisji rewizyjnej weszli: Mintz, Witkowski, Saidman.

Justman zgłosił wniosek w sprawie podwyżki składki członkowskiej do 15 złotych z tem, że w składkę będą wliczane koszty prenumeraty czasopisma „Gastrologja Polska", organu Towarzystwa.

Wniosek uchwalono.

Po wyczerpaniu porządku dziennego Walnego Zebrania wygłosił Schlager odczyt p. t. *„Angina abdominalis"*, (ogłoszony drukiem w Nr. 3. „Gastrologji Polskiej").

W dyskusji podaje Lubelski, że przed wojną obserwował razem z kol. Robinem przypadek, w którym początkowo rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego. Objawy były następujące: bóle brzucha, wymioty, zaparcie stolca, ciepłota 39°. Jednak później zjawiły się stolce i zaczęły wydzielać przez odbyt kawały zgorzelinowo zmienionej błony śluzowej. Okazało się, że w tym przypadku wystąpiła niedrożność jelit na tle częściowego zaczopowania tętnicy kiszkowej górnej. Przebieg był dosyć łagodny, chory powrócił do zdrowia.

W innym przypadku z ostrą niedrożnością jelit L. stwierdził przy operacji duże wylewy krwawe w krezce cienkiego jelita, płyn krwawy w jamie brzusznej oraz zgorzel jelita na pewnej przestrzeni, spowodowaną zaczopowaniem tętnicy krezkowej. L. wykonał wycięcie części zgorzelinowej jelita.

W swej monografji o niedrożności jelit wspomina Guillome, że przy objawach, wskazujących na miażdżycę tętnicy krezkowej można by zastosować sympatectomię Leriche'a.

Goldstein stwierdza, że badał chorego, którego przebieg choroby przedstawił Schlager i rozpoznał niedrożność jelit na tle zatoru któregoś z naczyń krezkowych jelita.

Witkowski przypomina, że w ubiegłym roku pokazywał preparat wyciętego jelita z powodu niedrożności na tle zaczopowania tętnicy górnej. Chory przybył w 8 dni po wystąpieniu objawów niedrożności na tle zaczopowania tętnicy krezkowej górnej. Co się tyczy zabiegu Leriche'a uważano, że nie przedstawiałby większych trudności technicznych.

G r u n d z a c h proponuje ciekawy przypadek Schlagera nazwać *ileus paralyticus angioscleroticus.* Dodaje, że przed 10 laty zwrócił uwagę na to, iż w przypadkach opisanych przez niego *catarhus atrophicans,* czyli *achylia gastrica* przepłuczyny są często krwawe, a strzępki śluzowe są często krwią zabarwione. Powodem tego kruchość i łamliwość błony śluzowej.

R ô b i n zaznacza, że istnieje postać *anginae abdominalis* bez krwotoków, lecz tylko z silnymi bólami analogicznymi do objawów typowych.*anginae pectoris.* R. przytacza taki przypadek spostrzegany przed laty wpólnie z wieloma kolegami, gdzie można było wyłączyć wszystkie inne przyczyny bólów.

K n a p p e wylicza wczesne objawy dławicy brzusznej, jak pełność żołądka, odbijanie, sprawiające krótkotrwałą ulgę, niemożność przyjmowania większej ilości płynów, często obstrukcję, a po wypróżnieniu brak poprawy podmiotowej.

Następnie pojawiają się bóle nieokreślone w jamie brzucha, idące od krzyża w obie strony ku bokom i ku dołowi. Bóle te dokuczają zwłaszcza w czasie leżenia. W nocy, lęk o siebie, przytem brak sił, łatwe męczenie się, niechęć do pracy. Zmiana wyglądu, szybkie starzenie się.

Objawy przedmiotowe: nieznaczne powiększenie serca, akcent na aorcie, tętno nieprzyśpieszone (80), ciśnienie nieznacznie wzmożone (maks. 140 — 189).

Z powodu tych uwag kol. Knappe'go podnosi R o b i n zależność wzajemną cierpień żołądka i serca. Dusznica sercowa może nastąpić pod postacią bólów tylko w żołądku i wzdęcia. Nie ulega wątpliwości, że istnieją wczesne objawy dusznicy brzusznej, których dziś dokładnie rozpoznać nie możemy. Znamy jednak przypadki, w których bóle żołądkowe znikają pod wpływem spokoju i diuretyny.

R o s e n b e r g uważa, że badanie ciśnienia w kończynach dolnych i stwierdzenie różnic pomiędzy jedną, a drugą mogło by nieraz rozpoznanie ułatwić. Szczególnie badanie kapillaroskopem naczyń włosowatych obu kończyn mogło by nam wykazać pewne zaburzenia w krążeniu.

Podług J u s t m a n a zespół Roemhelda (zespół żołądkowo-jelitowy) daje niekiedy obraz dusznicy bolesnej. Prze-

sunięcie serca ustępuje natychmiast po usunięciu wzdęcia żołądkowego.

Dnia 16 maja 1928 r.

Grundzach wygłasza krótkie wspomnienie pośmiertne o ś. p. Al. Zawadzkim i podnosi wielkie zasługi Zmarłego, jako jednego z założycieli Towarzystwa, oraz zawiadamia obecnych ,że Zarząd postanowił poświęcić następne posiedzenie pamięci Zmarłego. Na znak żałoby zawiesza przewodniczący posiedzenie na 10 minut.

Po wznowieniu obrad zawiadamia przewodniczący, że Zarząd wysłał do profesora Straussa w Berlinie telegram z życzeniami z powodu jubileuszu. W odpowiedzi na telegram przesłał prof. Strauss dłuższy list z podziękowaniem, który przewodniczący przeczytał.

Frank i Adelfang przedstawiają rentgenogramy chorej, cierpiącej od 10 lat na samoistne rozszerzenie przełyku oraz skurcze wpustu.. Chora przebyła różne kuracje z wynikiem ujemnym. Odżywianie chorej bardzo upośledzone; chora ułatwia sobie przejście pokarmów przez wpust, popijając stale duże ilości wody po spożyciu choćby małej ilości jadła.

Dwukrotne rozszerzenie wpustu przy pomocy rozszerzacza Starka poprawiło stan chorej tak dalece, że obecnie przyjmuje wszelkie pokarmy bez popijania wody. Na wadze chorej przybyło 5 kg.

Adelfang podkreśla różnicę pomiędzy samoistnem rozszerzeniem przełyku, a skurczem wpustu, który może powstać na najróżnorodniejszem tle. A. jest zdania, że rozszerzenie wpustu pod kontrolą rentgenowską jest stosunkowo bezpieczne i powinno być stosowane w przypadkach, które nie mogą być wyleczone żadnemi innemi środkami.

Badania prof. Pala, jak podnosi Justman, wskazują na konieczność odróżnienia stanu napięcia (tonus) mięśnia, od czynności jego — skurczu. Normalnym stanem napięcia dla wszystkich zwieraczy, a więc i wpustu, jest stan zamknięcia. Otwarcie jest stanem czynnym mięśnia. Nie kardiospasmus, a bezwład zwieracza wpustu jest przyczyną niedrożności wpustu.

Sama zaś nazwa kardiospasmus powinna być odrzucona, gdyż wprowadza w błąd.

Schlager zwraca uwagę, iż istnieje pewne niebezpieczeństwo rozszerzania aparatem Starka. Rozszerzone przełyki zmieniają czasem swe prawidłowe położenie. Część nadwpustowa leży pod pewnym kątem w stosunku do części górnego przełyku. Aparat sztywny nie da się odpowiednio nagiąć, może nastąpić, szczególnie przy forsownem rozszerzaniu, przedziurawienie rozszerzonego przełyku.

Mintz: Przypadki skurczu wpustu i rozszerzenia przełyku nie są rzadkie. Rozpoznanie nie jest trudne, jeżeli się tylko o istnieniu tej choroby pamięta. W przypadkach tych M. otrzymywał doskonałe wyniki za pomocą przyrządu Gottsteina. Rozszerzanie za pomocą aparatu Starka może wywołać znaczne uszkodzenie tkanek.

Tego samego zdania jest Orzech. Wystarczy według niego leczenie przepłukiwaniami, szczególnie wieczorem w kilka godzin po ostatnim posiłku. Sposób ten daje pomyślne wyniki, gdyż usuwa zastój, łagodzi stan zapalny, a co zatem idzie, zmniejsza stan skurczowy wpustu. Z własnej praktyki przytacza dwa przypadki tym sposobem leczone z pomyślnym wynikiem.

Grundzach nadmienia, że przeszkoda może występować właśnie w przeponie i powodować ogromne rozszerzenie przełyku, leżące tuż na przeponie.

J. Czarkowski jest zdania, że rozszerzanie ostrożnie przyrządami jest zazwyczaj łagodnym i bezpiecznym zabiegiem, w razie wyniku ujemnego należy zastosować leczenie chirurgiczne, którego wyniki są zachęcające.

Następnie otworzył przewodniczący dyskusję nad odczytem Justmana o pograniczu internistyczno-chirurgicznem w gastrologji, który został wygłoszony na posiedzeniu w marcu b. r. Justman podaje dla przypomnienia obecnych w krótkich i zwięzłych słowach streszczenie odczytu.

Mintz w odpowiedzi J. zaznacza przedewszystkiem, że nie może być mowy o terenie spornym w gastrologji między chirurgami i internistami, gdyż jedni i drudzy dążą do

wspólnego celu — uzdrowienia chorego. Oddawanie chorego w ręce chirurga nie jest dowodem naszej niemocy, lecz raczej tryumfem udoskonalonej przez internistów djagnostyki lekarskiej.

Gastrologja, jako odrębna specjalność byłaby uzasadniona wtedy nawet, gdyby cała terapja wymknęła się z naszych rąk. Ale tak daleko jeszcze nie zaszliśmy. Jeśli nauczymy się rozpoznawać cierpienia przewodu pokarmowego, odróżniać bezwzględne wskazania operacyjne od względnych, to dla terapji wewnętrznej pozostanie jeszcze duże pole do działania.

Pod wpływem leczenia zachowawczego może nastąpić zupełne wyleczenie wrzodu żołądka. Rentgenologja nie jest jednak, jak sądzi J., jedyną metodą stwierdzającą niewątpliwie zmiany anatomiczne. Przewyższa ją gastroskopja, o czem świadczą m. i. prace Konietznego, Kobscha i innych.

Z drugiej strony niezawsze zabieg chirurgiczny daje trwałe i pewne wyniki, gdyż nieraz spostrzegamy nawroty prawdziwe lub rzekome. W roku 1894 byłem gorącym zwolennikiem gastroenterostomji. W miarę coraz większego doświadczenia na tym polu mój zapał operacyjny się zmniejsza. Przekonałem się, że nawet operacje dodatkowe (trwałe zamknięcie odźwiernika po gastroenterostomji) nie zapobiegają nawrotom. Obecnie jak wiadomo, większość chirurgów przekłada rezekcję nad gastroentestomję.

Inną dziedzinę chorób, w której terapeuci stykają się z chirurgami — są cierpienia dróg żółciowych.

I znów widzimy, że leczenie wewnętrzne przewlekłej postaci zapalenia pęcherzyka daje dość dobre wyniki, gdy leczenie chirurgiczne nie zabezpiecza od nawrotów i wytwarza zrosty operacyjne.

Bezwzględne wskazanie do zabiegu operacyjnego przy kamicy żółciowej jest wtedy, gdy leczenie wewnętrzne zgóry nie rokuje żadnych nadziei, względnie gdy są jeszcze mniejsze lub większe szanse.

Wybitni chirurdzy: Kehr, Bengolea (Argentyna) przyznają, że w stawianiu wskazań do zabiegów operacyjnych stali się ostrożniejsi. Nie jestem bynajmniej przeciwnikiem zabiegów operacyjnych w cierpieniach dróg żółciowych, żądam tylko ze

strony chirurgów większej powściągliwości. Chcę jeszcze zaznaczyć, że w twierdzeniu J., jakoby „medycyna wewnętrzna stała obecnie na miejscu, nie tworząc nieomal nic nowego poza masą oderwanych przyczynków" jest dużo przesady. Przypomnę tylko, że tak ważne metody rozpoznawcze i lecznicze, jak rektoskopia i zgłębnikowanie dwunastnicze, wprowadzone zostały do medycyny przez internistów Straussa i Einhorna, i że temi metodami posługują się chirurdzy na równi z internistami.

Grundzach: Interesujący odczyt kol. Justmana będący, jak autor go nazwał, materjałem do dyskusji, jest nim istotnie. I to z wielu względów. Zacznę od ogólnych. Tego rodzaju odczyty, poruszające sprawy natury ogólniejszej są bardzo, zdaniem mojem, pożądane, gdyż zrzucają z nas zarzut, z jakim się często spotykamy, że jesteśmy ciasnymi specjalistami. Wcale tak nie jest. Praca oryginalna kol. Cytronberga u nas wygłoszona o chorobie wrzodowej i jej etjologji, jako próba rozwiązania zawiłej tej sprawy, i temat kol. Justmana są tego dowodem. Jesteśmy przedewszystkiem gastrologami internistami, a sprawy fizjologji, patologji i biologji nie są i nie powinny nam być obce. „Medicus sum et nihil, quod medici. me alienum esse puto::.

Drugi wzgląd, który tu przy okazji poruszę, jest to, co mi nieraz na myśl przychodziło, że rozprawy nasze, wygłoszone tuż po odczycie, są często urywkowe, gdyż słuchacz nie może odrazu objąć całości przemówienia i zahacza najczęściej jeden punkt, a inne pomija. Odkładanie rozprawy ma duże wady, ale przy dobrej woli i porozumieniu z autorem dałoby się to zrobić, aby rozprawa była pełniejszą, więcej opracowaną i odbywała się na następnem posiedzeniu.

Przechodzę do samej sprawy poruszonej przez kol. Justmana.

W początku swej pracy omawia J. trudności rozpoznawcze, brak ustosunkowania się objawów klinicznych (mowa o wrzodzie żołądka) do zmian patologicznych, niepewność rokowania, niepewność metod leczniczych, o ile chodzi o całkowite wyleczenie, samouleczalność, nawroty choroby wrzodowej, metody chirurgiczne lecznicze, nową chorobę przez chirurgję wywołaną *(ulcus pepticum jejuni)*, nasze pogranicze z chi-

rurgją, które wygląda tak ,jak gdyby pole koliste chirurgji nachodziło na nasze koło, zajmując coraz większe terytorja naszego koła, mało go nam pozostawiając. Zgadzam się z prelegentem że chirurgja, której często mamy do zawdzięczenia uratowanie życia naszych chorych w przypadkach terapeutycznie beznadziejnych, samej istoty cierpienia nie leczy (wrzód, kamica i t. p.), że zawsze będzie naszem zadaniem w miarę postępu wiedzy sięgnąć do jądra sprawy, uwzględniać stan psychiczny i nerwowy osobnika, stosunki wewnątrzwydzielnicze i chemiczno-biologiczne, często jeszcze ciemne. Chirurgja to zresztą rozumie i to pole zawsze stoi dla nas otworem .Na polach wspólnych powinna iść praca ręka w rękę i nieraz przez brak tej współpracy bywały „faux pas" pomimo najlepszej woli chirurga. Przed operacją — narada z internistą, po operacji — staranna opieka internisty i obserwacja kliniczna długa i wytrwała, to — konieczność.

Jeszcze jeden punkt podnieść warto: kol. J. mógł (widocznie nie chciał) rzecz całą traktować z jeszcze szerszego punktu widzenia i nietylko mówić o sprawie wrzodowej, ale i o kamicy i o wyrostku i chorobach do „appendicitis" zbliżonych, o sprawie ilei w różnych jego postaciach. Wreszcie podniósł J. słusznie myślenie kategorjami anatomicznemi i anatomopatologicznemi, w naszej specjalności niezawsze szczęśliwemi. Ale trudno jest się z tego wyłamać, choć — należy. Podstawą naszego myślenia winna być fizjologja, biologja i patologja. Inaczej mówiąc — funkcje normalne i patologiczne, bo zmiany anatomiczne są tylko wynikiem tych zmian czynnościowych.

Dnia 17 października 1928 r.

Posiedzenie poświęcone pamięci ś. p. Al. Zawadzkiego.

Przewodniczący Grundzach zagaja posiedzenie i wita przybyłych gości. Następnie oddaje głos sekretarzowi Niewiadomskiemu, który wygłasza dłuższe przemówienie o ś. p Al. Zawadzkim. Prelegent przedstawia życiorys Zmarłego, podnosi zasługi Jego dla nauki polskiej, a szczególnie gastrologji, oraz omawia działalność Jego, jako Członka Zarządu Towarzystwa i jednego z założycieli czasopisma „Gastrologja Polska". (ogłoszone drukiem w Nr. 2 „Gastrologji Polskiej").

W celu wszechstronnego przedstawienia całokształtu działalności i zasług ś. p. Al. Zawadzkiego uzupełnia Grundzach przemówienie Niewiadomskiego odczytaniem wspomnień kapitana W. P. Stefana Jellenty. W r. 1919 zorganizował Zmarły i poprowadził na front podczas wojny polsko-ukraińskiej pociąg chirurgiczny imienia Paderewskiej. Kap. Jellenta brał udział w tej ekspedycji wojennej i wspomnienia z tych czasów uwiecznił na papierze. Urywki z tego pamiętnika są umieszczone w Nr. 2 „Gastrologji Polskiej". Po krótkiej przerwie otworzył Przewodniczący posiedzenie naukowe.

Niewiadomski pokazuje preparat woreczka żółciowego, który pochodzi od chorej operowanej z powodu ostrego zapalenia pęcherzyka. Niewiadomski nadmienia, że w wywiadach brak jakichkolwiek skarg, wskazujących na schorzenie dróg żółciowych. Nie mając przedtem żadnych bólów ani objawów dyspeptycznych chora dostaje nagle ataku silnych bólów w prawem podżebrzu oraz w prawym dole biodrowym z wymiotami i podniesioną ciepłotą. Z rozpoznaniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego skierowana przez lekarza do szpitala. W szpitalu postawiono jednak po dokładnem zbadaniu rozpoznanie zapalenia pęcherzyka żółciowego. W kilka dni po ustąpieniu objawów zapalnych przystąpiono do zabiegu. Usunięto pęcherzyk żółciowy o wielkości dużej gruszki i zgrubiałej ścianie. Zawartość: kilka kamieni wielkości dużego grochu i gęsta ropa. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. 20 dni po operacji chora opuściła szpital. Niewiadomski podaje do wiadomości ten przypadek z powodu niewspółmierności między skargami podmiotowemi chorej i objawami klinicznymi, a obrazem anatomo-patologicznym, stwierdzonym podczas zabiegu.

Robin nadmienia, że kilkakrotnie demonstrowano podobne przypadki na posiedzeniach Towarzystwa Gastrologicznego. Są one bardzo pouczające. Dokładne zbadanie i wczesne trafne rozpoznanie odgrywa decydującą rolę, albowiem jak widać z przypadku N., może się już przy skąpych i krótkotrwałych objawach klinicznych rozwijać proces ropny w pęcherzyku żółciowym.

E. Witkowski przedstawia pacjenta, którego operował z powodu przedziurawienia raka żołądka. Chory ten cier-

piał od roku na bliżej nieokreślone dolegliwości, wzdęcia i nudności. Nagle podczas pracy uczuł silny ból w nadbrzuszu i zemdlał. Po przywiezieniu do szpitala stwierdzono zapaść ogólną na tle przedziurawienia żołądka przypuszczalnie z powodu wrzodu. Podczas natychmiastowego zabiegu stwierdzono atoli duży guz obejmujący środkową część żołądka na przedniej ścianie przedziurawionej do wolnej jamy brzusznej. Z powodu groźnego stanu ogólnego ograniczono się do nałożenia kilku szwów uszczelniających ten otwór w ścianie żołądka i pokryto tę część guza kawałkiem sieci. Jamę brzuszną sączkowano dwoma workami Mikulicza i zamknięto 1-piętrowym szwem jedwabnym. Chory przetrzymał szczęśliwie zapalenie otrzewnej, rana pooperacyjna zagoiła się. Wytworzyła się niezbyt wielka przepuklina brzuszna z powodu rozległego sączkowania pola operacyjnego. Obecnie pół roku po zabiegu stwierdza się klinicznie i rentgenologicznie zastoinę w żołądku. Od czasu do czasu wymioty. Poprawa ogólnego stanu znaczna. Obecnie guza nie wyczuwa się W literaturze jest dotychczas ogłoszonych 47 przypadków przedziurawienia żołądka z powodu raka. (Szczegółowe sprawozdanie w tym przypadku będzie ogłoszone drukiem).

Goldstein wypowiada zdanie, że w przypadku prelegenta mamy do czynienia raczej z przedziurawieniem modzelowatego wrzodu, niż raka żołądka, rak bowiem, który doprowadził przez swój rozpad do przedziurawienia, nie byłby się zagoił, przeciwnie rozpad by dalej postępował. Również gdyby ten guz, który został stwierdzony operacyjnie, był nowotworem złośliwym, to trudno sobie wyobrazić, żeby teraz poprzez powłoki brzuszne cienkie (przepuklina brzuszna) nie dało się nic wymacać.

Według Saidmana możnaby to zagadnienie rozwiązać w następujący sposób: obok nowotworu złośliwego wytworzył się wrzód, który doprowadził do przedziurawienia. Ściana żołądka obok otworu nie była nowotworo zmieniona, tylko w ten sposób można sobie wytłomaczyć pomyślny wynik operacji i leczenia.

Wejnert radzi zastosować postępowanie zachowawcze i wykonać kilka badań dodatkowych, jak badanie krwi na odczyn Wassermana. Fr. Niewiadomski.

Notatki kazuistyczne.

W sprawie ciał obcych w odbytnicy*.

podał S. FRANK (Warszawa).

Podziwu godne jest, jak przedmioty twarde nierozpuszczalne, wszelakiej formy i wielkości, przedostają się przez przewód pokarmowy. Nie mówimy już o monetach, guzikach, kostkach owocowych. Ale igły, gwoździe, nawet szkło mogą przejść bez szkody przez kiszki.

Daje się to objaśnić t. z. odruchem Exner'a, który występuje wówczas, gdy ciało ostre dotyka śluzówki kiszki. Następuje zwiotczenie niżej położonych części kiszki, a ruchy robaczkowe odprowadzają tępą stroną obce ciało wdół w stronę odbytnicy. Odgrywa w tym odruchu rolę mięśniówka śluzówki. Większe przedmioty mogą czasami zatrzymać się w miejscach fizjologicznie wązkich, przy zrostach wokoło danego odcinka jelita, lub w workach przepuklinowych. W każdym razie grozi osobnikowi, który połknął obce ciało, pewne niebezpieczeństwo, bądź to przedziurawienia, bądź zatkania światła kiszki przez ciało obce. Podawać należy choremu najlepiej potrawy, tworzące dużo kału: — gęste zupy, chleb razowy i papki grochowe. Pokarmy te obwijają ciało obce, które miesza się z masami kałowemi. Nie należy zapominać o prześwietleniu promieniami Roentgena. Często musimy uciekać się do zabiegu chirurgicznego.

Najczęściej obce ciało zostaje zatrzymane w odbytnicy, z powodu skurczu zwieracza. Należy unikać wtedy środków czyszczących, które powodują bardzo łatwo kurcz danego odcinka jelita oraz niebezpieczne podrażnienie ściany tegoż przez obce ciało. — Miałem sposobność kilka razy wydobywać obce ciała z odbytnicy.

Na wojnie światowej żołnierz podczas wypróżnienia stracił przytomność z powodu, jak się okazało, bólu w samej odbytnicy. Przy badaniu stwierdziłem w odbytnicy ciało obce, które przy pomocy szczypczyków udało mi się wydobyć. Była to

---

*) Pokaz na posiedzeniu Polskiego Tow. Gastrologicznego w grudniu 1928 r.

kość 20 mm. długości o ostrych końcach, o połknięciu której ów żołnierz nic nie wiedział. Prawdopodobnie dostała się ona do przewodu pokarmowego z kapuśniakiem, który chory spożywał dnia poprzedniego. Po raz drugi wydobyłem z odbytu chorego części chrząstkowe jabłka, które sprawiały choremu silne dolegliwości. Ostatnio z kol. Maliniakiem badaliśmy chorego, który cierpiał bardzo z powodu silnych bólów w odbycie po wypróżnieniu. Kol. M., badając odbytnicę chorego przy pomocy palca, wyczuł w niej ciało obce. Wprowadziłem anuskop (Bensaude'a), który ominął, jak się okazało, owo ciało obce, wobec czego nie udało się stwierdzić rodzaju przedmiotu, który utkwił w odbycie chorego i powodował silne bóle. Dopiero po rozwarciu odbytu sposobem oburęcznym udało się przy pomocy szczypczyków wydobyć kość, długości 33 mm, która obydwoma bardzo ostrymi końcami wcisnęła się w zwieracz, raniąc go dotkliwie. Chory przebył w następstwie silne zapalenie około-odbytnicze. I w tym wypadku chory nie wiedział o tem, iż wraz z pokarmem połknął tak ostrą i wielką stosunkowo kość, która przebyła bez uszkodzeń cały przewód pokarmowy, aby utkwić w odbycie, wywołując tu znaczne uszkodzenia tkanki. Uważałem za stosowne opisać te kilka przypadków z praktyki, aby przypomnieć, jak ważne jest badanie odbytnicy chorego palcem przy skargach jego na bóle w odbytnicy. Nie należy zapominać o możliwości utkwienia w niej ciała obcego.

Wiadomości różne.

W piśmie lekarskiem hiszpańskiem „El Siglo Médico", wychodzącem w Madrycie, ukazał się artykuł Dr. W. Róbina „O nowem uproszczonem śniadaniu próbnem" (p. „Gastrol. Polska" Nr. 1), przetłómaczony na język hiszpański przez Dr. Carlos de San Antonio w Madrycie, z języka Esperanto (artykuł był drukowany też w esperanckiem piśmie „Internacia Medicina Revuo").

Ponadto powyżej wymieniona praca wyszła po francusku w „Le Progrès Médical" Nr. 45 — 1928, i po japońsku w piśmie „Jji Simbum" Nr. 1243 z 15/I-29.

W dniach 23 i 24 marca r. b. w Warszawie odbędzie się zorganizowany staraniem Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka II-gi Polski Zjazd Przeciwrakowy.

Program tymczasowy

II-go Polskiego Zjazdu Przeciwrakowego w Warszawie

w sobotę i niedzielę, 23 i 24 marca 1929 r.

Sobota 23 marca.

Posiedzenie ranne (godz. 9 i pół do1 i pół po południu).

1. Zagajenie Przewodniczącego.
2. Krótkie sprawozdanie z działalności Komitetu do Zw. raka za okres międzyzjazdowy (1924 — 1928), oraz Instytutu Radowego.
3. Krótkie sprawozdanie z działalności innych środowisk: Kraków, Lwów, Poznań, Wilno, Łódź, Katowice, Lublin.

Posiedzenie popołudniowe godz. 3 do 6 po południu.

4. Organizacja „Koła Pań" Komitetu do Zw. raka.
5. Projekt organizacji „Kół Pań" w innych ośrodkach Rzeczypospolitej.
6. Organizacja przytułków.

Wieczorem Bankiet

Niedziela, 24 marca.

Posiedzenie ranne godz. 10.

1. Wykłady:
   Leczenie nowotworów radem.
   Hodowla tkanek nowotworowych (z pokazami).
2. Zwiedzanie:
   1. Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie.
   2. Przychodni Pol. Kom. do Zw. Raka.
   3. Przytułku dla nieuleczalnych w Szpitalu Św. Łazarza.

Posiedzenie popołudniowe, godz. 3 i pół do 6 wieczorem.

3. Prace naukowe, wykonywane na ziemiach polskich z dziedziny nowotworów (leczenie solami ołowiu, badania interferometryczne, doświadczalne nad rakami posmołowemi i t. d.)
4. Zamknięcie Zjazdu.

Udział w Zjeździe dla uczestników bezpłatny.

Bliższe szczegóły programu zostaną wkrótce ogłoszone.

Wszelkich informacji udziela Sekretarjat Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka, Warszawa, ul. Karowa 31, tel. 279-61, poniedziałki, środy, piątki 4 — 3.

W czasie XIII-ego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, który zbierze się w Wilnie w dniach 26 — 29 września 1929 roku, odbędzie się, jako sekcja tegoż Zjazdu, VIII-my Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich.

Tematy główne VIII-ego Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich:

Temat I. Ciśnienie krwi i jego zaburzenia. Sprawozdawcy. prof. Januszkiewicz, prof. Eiger i prof. Traczewski z Wilna i doc. Sochański ze Lwowa.

Temat II. Układ śródbłonkowo-siateczkowy. Sprawozdawcy: prof. Paszkiewicz, prof. Venulet i doc. Semerau-Siemianowski z Warszawy.

We wszystkich sprawach, związanych z powyższym Zjazdem, należy się zwracać do Przewodniczącego sekcji, prof. Zenona Orłowskiego (Wilno, Szpital Św. Jakóba, biuro I-ej kliniki chorób wewnętrznych U. S. B.).

(—) Doc. M. Semerau-Siemianowski.
Sekretarz Zarządu Głównego
Tow. Int. Pol.

(—)Prof. W. Orłowski.
Prezes Zarządu Głównego.
Tow. Int. Pol.

Wszyscy autorowie, ogłaszający prace z dziedziny gastrologji i przemiany materji są proszeni o nadsyłanie do naszej Redakcji odbitek, celem referowania w pismach specjalnych cudzoziemskich.

Zjazd lekarzy w Paryżu.

Najbliższy Zjazd lekarzy w Paryżu, zorganizowany staraniem czasopisma „Revue Medicale Française" i jego współpracowników, odbędzie się od 9 do 14 czerwca 1929 r. i będzie dostępny dla wszystkich lekarzy francuskich i obcych, jak również dla studentów medycyny.

Biuro Komitetu ukonstytuowało się w następujący sposób:

Przewodniczący: p. profesor Delbet.

Wice - przewodniczący: pp. profesorowie Sergent i Desgrez.

Komisarz generalny: p. profesor Balthazard.

Sekretarz generalny: p. dr. Léon Tixier.

Pomocnik skretarza generalnego: p. Deval, kierownik laboratorjum Wydziału Lekarskiego.

Skarbnik: p. dr. Léon Giroux, b. kierownik kliniki Wydziału Lek.

Zjazd będzie otwarty w Pałacu Wystaw miasta Paryża (Porte de Versailles), gdzie została urządzona wystawa pod protektoratem Francuskiego Komitetu Wystaw i pod kierownictwem p. Jean Faure, przewodniczącego Izby Syndykatu Fabrykantów wyrobów farmaceutycznych. Po południu dłuższe referaty będą wygłoszone w nowej sali Pałacu Wystaw przez pp. profesorów: Delbet i Sergent, przez d-ra Lesne, lekarza szpitali i t. d.

Zrana program, racjonalnie rozłożony, pozwoli uczestnikom Zjazdu przyglądać się pokazom, które odbędą się przy współudziale wszystkich kierowników klinik Wydziału Lekarskiego, szpitali publicznych i prywatnych oraz asystentów Instytutu Pasteur'a, Instytutu Radowego i t. d.

Komitet Uroczystości, pod przewodnictwem p. dr. Henri de Rotschild, ułożył program szczególnie wspaniały:

Niedziela, 9 czerwca: wielkie przyjęcie w Pałacu Wystaw' orkiestra i numery teatralne, bufet.

Wtorek, 11 czerwca: wieczór w Operze.

Czwartek, 13 czerwca: wycieczka autocarem do doliny Chevreuse, śniadanie w Rambouillet, zwiedzanie pałaców Rambouillet i Dampierre, opactwa Port-Royal-des-Champs, podwieczorek w opactwie Vaux-de-Cernay.

Piątek, 14 czerwca: uczestnicy będą przyjęci przez stacje klimatyczne i uzdrowiska, w warunkach szczególnie przyjemnych i korzystnych.

Komitet oprowadzać będzie codziennie panie po największych magazynach i muzeach, zapraszać — na koncerty herbatki i t. p.

Można już zgóry przewidzieć, że powodzenie Zjazdu lekarzy w roku 1929 będzie daleko większe, niż w latach ubiegłych, dzięki temu, że Komitet, bogaty w doświadczenia poprzednich Zjazdów, mógł wprowadzić pożądane ulepszenia.

Udział: 50 franków dla uczestników Zjazdu, 20 franków dla pań i studentów medycyny. (Należność płatna czekiem albo przekazem pocztowym na rachunek „Journées Médicales", konto 1.155 — 60, Paryż).

We wszystkich kwestjach zwracać się do: p. dr. Léon Tixier, 18, Ruue de Verneuil, Paris (7 e).

Resumèes.

Neuere Untersuchungen über die laktovegetabilische Kost bei Magen- und Darmkrankheiten.

von Prof. Boas (Berlin).

Der Verfasser weist auf die grosse Bedeutung der küchenmässig rationell zubereiteten laktovegetabilischen Diät bei einer grossen Reihe von Magen und Darmkrankheiten hin. Ihr grosser Vorzug besteht einmal darin, dass sie dem Postulate der Uebung und Schonung des Magendarmkanals am besten gerecht wird. Sie ist ferner relativ kochsalzarm, enthält aber andererseits einem hohen Gehalt lebenswichtiger Mineralsalze. Ein grosser Vorteil liegt in ihrem reichen Vitamingehalt. Sie ist ferner dadurch ausgezeichnet, dass sie leicht in einem für die verschiedenen Magendarmaffektionen zweckmässigen Aggregatzustand überzuführen ist. Endlich ist auch zu berücksichtigen, dass die Salzarmut der Kost gegen Alkoholmissbrauch, vielleicht auch Nikotinabusus schützt. Laktovegetabilische Kuren lassen sich ohne Beeinträchtigung von Körpergewicht und physischer Kraft auf lange Zeit hin durchführen.

In dem nördlichen Klimaten stösst allerdings die Beschaffung frischer Gemüse und Obstarten auf Schwierigkeiten. Auch Tradition und Gewohnheiten können der systematischen Durchführung langfristiger laktovegetabilischer Kuren hindernd im Wege stehen.

Die Hauptindikationen für laktovegetabilische Kuren bilden die mit Uebersäuerungsbeschwerden einhergehenden Magenaffektionen (Hyperazidität, Hypersekretion, Sodbrennen). Hier Können die genannten Kuren die Beschwerden oft schlagartig beseitigen. Bei ausgeprägtem Ulcus ventriculi oder

duodeni sind gleichfalls wesentliche Linderungen der Beschwerden zu verzeichnen, doch sind hier die obligaten Ulkuskuren vorzuziehen. Allerdings setzten laktovegetabilischen Kuren die Magensaftsekretion für die Dauer nicht herab, sie wirken nur reizmildernd. Der Uebergang von laktovegetabilischer zur gemischten Kost sollte niemals plötzlich, sondern immer nur etappenweise vorgenommen werden. Einen ausserordentlich günstigen Einfluss üben laktovegetabilische Kuren auch bei allgemeiner Neurasthenie aus. Bei. psychogenen Phobien dagegen rät Verfasser zu einem brüsken Uebergang der schonenden Diät zur Normalkost, um die Kranken hierdurch von einer Suffizienz ihres Verdauungsapparates zu überzeugen. Sehr gute Erfolge hat Verfasser von laktovegetabilischen Kuren bei Migräne zu verzeichnen, allerdings müssten sie viele Monate hindurch durchgeführt werden. Die Hauptdomäne der laktovegetabilischen Kuren ist die habitualle Obstipation, namentlich in ihren initialen Formen. Bei sogenannten spastischer Obstipation müssen die schlakenführenden Obst — und Gemüsearten küchentechnisch besonders sorgfältig zubereitet werden. Ein wichtiges Adjuvans bilden hier ((falls keine Kontraindikation besteht) die fetten Oele, sogar fettes Fleisch mit Gemüse zusammengekocht. Selbst bei ganz veralteten Fällen von habitueller Obstipation kann man mit einer laktovegetabilischen Kost, kombiniert mit einem ganz leichten Abführmittel, zu Erfolgen gelangen, wo bisher die stärksten Drastica erfolglos waren. Bei distaler Obstipation (Erkrankungen des Sigma, Proktostase, Dyschezie) erreicht man natürlich mit laktovegetabilischen Kost ebensowenig wie mit den Abführmitteln. Hier kommt ausschliesslich Klysmenbehandlung in Frage. Ungünstig dagegen wirken laktovegetabilischen Kuren in Fällen von subazider oder anazider Gastritis, namentlich bei Vorherrschen intenstinaler Dyspepsien, gleichgültig ob es sich mehr um Fälniss — oder Gärungsdyspepsien handelt. In allen diesen Fällen bilden die Gemüse eine grosse Gefahrenzone. Auch Eier werden nicht in allen Fällen gut vertragen. Fleischprodukte und Fische machen dagegen selten Beschwerden, ausser wenn das Pankreas mitbeteiligt ist. Die laktovegetabilische Kost ist demnach von grossem diätetischer Bedeutung aber nur dann

wenn man ihre Indikationen und Kontraindikationen genau abzugrenzen weiss.

Drei Jahre Cholecystographie.

von Dr. B. Kryński.

Verfasser teilt seine dreijährigen Erfahrungen auf diesem Gebiete mit. Sein Material umfasst 1700 Fälle, wovon 1600 per injectionem und 100 per os. Bis vor kurzem noch Anhänger der intravenösen Einverleibung, die er als vollkommen unschädlich betrachtet, lies er sich durch die von Sanstroem angegebene Anwendungsart umstimmen und verwendet jetzt diese perorale Methode. Die an 56 Fällen gesammelten Erfahrungen, viele operativ nachkontroliert, sind sehr zufriedenstellend.

Nach einem historischen Ueberblick der verschiedenen Anwendungsarten bespricht Verfasser die klinische Bedeutung der Cholecystographie und kommt zu dem Schluss, dass nur die positiven Resultate und zwar in Bezug auf Steinblasen. sind absolut massgebend. Alle anderen Resultate verlangen Nachkontrolle.

Preparation and treatment before and after thex operations in the abdomen.

by Dr. A. Goldman (Łódź).

Cooperation of the surgeon and physician during the preparation of the patient for the operation, as well as during the after-treatment, is urgently indicated in the patient's interest

Anamnesis, the determining of the constitution, examination of the heart, vessels, organs of respiration and agreement of the pathological conditions help to avoid all complications during the after-treatment period, on the other hand the application of suitable remedies prevents bleeding, embolism and trombosis after the operation.

The treatment of diabetes and acidosis calls for special measures and expert knowlegde on the part of the surgeon physician, who must, both equally, avert complications. In operating on certain organs: stomach, bowels, pancreas, gall-bladder and gall-bladder-ducts, the treatment both before and after the operation is important and decisive for the results of the operation itself.

Purging and diet play an important part before and after the operation.

Quiet and peaceful sleep, and getting up from bed at the right moment are just as as conducive to success, as is the aplication of the right method of operation.

It behoves the operator to exert on the patient the right psychic influence — especially in cases of so called proof-coeliotomy it is after the probatory opening of the abdomen.

Contribution à la diagnostique differentielle de l'ulcus de l'estomac et de duodenum.
par Doc. Grudziński et Dr. Winnicka.

La tâche des auteurs était d'étudier le symptôme de M. Fischmann, consistant en ce que le coecum reste completement non rempli au bout de 4 heures après le repas opaque. Fischmann considère ce symptôme, comme caracteristique pour l'ulcère de l'éstomac et de duodenum.

Selon les auteurs le dit symptôme joue en fait un certain rôle parmi les autres symptômes d'ulcère, il n'est pas toutefois essentiel, et a moins d'importance, que celui de residus après 6-heures.

Ein Beitrag zur Arteriosclerose der Bauchgefässe.
von. Dr. Leon Schlager.

Ein Fall von Claudicatio intermittens, wo nachher wiederholt starke kolikartige Schmerzen im ganzen Bauche mit Occlusionserscheinungen eingetreten sind. Nach einem solcher

Anfälle starb der Patient. Auf Grund des pathologisch-anatomischen Befundes, wo weit fortgeschrittene arteriosclerotische Veränderungen und Trombose der Aorta abdominalis und kleineren Bauchgefässe festgestellt wurden, wird der Fall in Anschluss au die Literatur genauer besprochen.

Un cas de carcinoma de l'estomac chez une jeune fille de 19 ans.

par Dr. S. Frank.

L'auteur decrit un cas de carcinome de l'estomac chez une jeune fille de 19 ans. Ni l'examen clinique, ni les plaintes subjectives ne permettaient pas de supposer un diagnostic pareil, tout, — au contraire parlait en faveur d'un retrecissement de pylore benin. Le premier soupçon était eveillé par les rayons X — et l'intervention chirurgicale a confirmé le diagnostic; vu les metastases dans le foie et mesentères il ne restait que faire la gastro-enterostomose. L'examen histologique a demontré, qu'il s'agissait d'un Ca, et non d'un sarcome, comme on aurait pu supposer chez une personne jeune.

Ueber Duodenal - Divertikel.

von Dr. H. Adelfang.

Nach eingehender Besprechung der Aetiologie, pathologischer Anatomie und Pathogenese, beschreibt Verf. Fälle von Duodenal-Divertikel, welche an der pars superior, transversa und Flexura duodeno-jejunalis sasen. In zwei Fällen war die klinische Diagnose Carcinom, der dritte Fall ging unter der Diagnose Ulcus duodeni.

Alle drei Fälle besserten sich nach konservativer Therapie und Bettruhe.

AŬTOREFERATOJ EN ESPERANTO.

Prof. D-ro J. BOAS. — Berlin.

Pri lakto-vegetara dieto ce stomakaj kaj intestaj malsanoj.

Aŭtoro klarigas la gravan signifon de kuireje racie preparata l.-v. dieto en granda vico de stomakaj kaj intestaj malsanoj. Gia supereco konsistas unue en tio, ke ĝi plejbone respondas al postulato de *ekzercado* kaj *gardado* de la stomak — intesta kanalo. Gi estas krome rilate malriĉa je kuireja salo, sed tamen enhavas sufiĉe grandan kvanton de vivgravaj mineralaj saloj. Ankaŭ atentinda estas ĝia riĉeco je vitaminoj. Gi distingiĝas ankaŭ per tio, ke ĝi facile povas esti aplikata en diversai formoj konforme al diversaj stomak-intestaj perturboj. Fine estas rimarkinde, ke la sala malriĉeco de la l.-v. dieto gardas kontraŭ trouzo d'alkoholo, eble ankaŭ de nikotino.

La l.-v. kuracado povas esti aplikata longtempe sen ia influo je la korpopezo aŭ fizikaj fortoj de paciento. En nordaj klimatoj la havigo de freŝaj legomoj kaj fruktoj renkontas ofte malfacilaĵojn. Ankaŭ la tradicio kaj kutimoj iafoje malhelpas longedaŭran aplikadon de la l.-v. dieto.

Cefan indikon por tiu dieto prezentas stomakaj malsanoj, akompanataj de troacidecaj perturboj (troacideco, troa sekrecio, pirozo). Ce klara stomaka aŭ duodena ulcero ĝi ankaŭ povas efiki bone, sed estas preferinda tipa ulcera kuracado.

La l. v. dieto ne malpliigas daŭre la stomakan sekrecion, sed ĝi mildigas la inciton. La transiro de tiu dieto al miksa neniam okazu subite, sed nur iom post iom.

Tre favoran influon havas la menciata dieto ĉe ĝenerala neŭrastenio. Kontraŭe ĉe psiĥogenaj fobioj l'aŭtoro konsilas tujan transiron de milda dieto al normala por konvinki tiamaniere la pacienton pri la bona funkcio de lia digesta aparato.

Tre bonajn rezultatojn observadis l'aŭtoro ĉe *migreno*, sed la dieto devas esti aplikata dum multaj monatoj.

La ĉefa agadkampo de la l. v. dieto estas la „habituala obstipacio", speciale en la komenca stadio. Ce t. n. „spasma obstipacio" la nutraĵoj: fruktoj kaj legomoj devas esti speciale zorgeme preparataj. Multe helpas tie-ĉi (se ne ekzistas kontraŭindikoj) grasaj oleoj, eĉ grasa viando kuirita kun legomoj. Eĉ en tre malfreŝaj kazoj de habituala obstipacio ni povas per helpo de l.-v. dieto, kombinata kun unu el mildaj purgiloj, atingi bonajn rezultatojn, — dum la plej fortaj purgiloj restadis ĝis tiam senefikaj.

Ce obstipacio, dependanta de sigmojdeo, de dishezio, la l. -v. dieto efikas same malmulte, kiel la purgiloj.

Nefavore agas la l. -v. dieto en kazoj de subacida aŭ senacida gastrito ĉe ĉeesto de intestaj dispepsioj, — egale, ĉu la dispepsio estas purtra aŭ fermentacia. En ĉiuj similaj kazoj la legomoj estas iom danĝeraj. Ankaŭ ovoj estas tolerataj ne en ĉiuj kazoj Kontraŭe viandproduktaĵoj kaj fiŝoj nur malofte elvokas perturbojn, se la pankreaso ne estas entirita.

Do la l. -v. dieto havas grandan dietan valoron, sed nur tiam, se ni scipovas starigi klarajn indikojn kaj kontraŭindikojn.

D-ro B. KRYŃSKI. — Warszawa.

3 jaroj de holecistografio.

A. komunikas sian 3-jaran sperton sur tiu kampo. La materialo ampleksas 1700 kazojn. el kiuj 1600-per injektoj kaj 100 perbuŝe. Ĝis la lasta tempo la A estis partiano de envejna aplikado, kiun li opinias tute sendanĝera, — nun l preferas la proponitan de Sanstroem modifikon kaj aplikas la perbuŝan metodoj sa kolektita ĝis nun materialo de 56 kazoj, el kiuj multaj operacie kontrolitan estas tre kontentiga.

Post historia priskribo de diversaj aplikmanieroj, A. montras la klinikan ignifon de holecistografio kaj konkludas, ke nur pozitivaj rezultatoj koncerne tonvezikoj estas absolute certaj. Ĉiuj aliaj rezultatoj postulas postkontrolojn.

Dr. A. J. GOLDMAN. — Łódź.

Agadmaniero antaŭ kaj post ventraj operacioj.

Kunlaboro de internisto kaj ĥirurgo ĉe preparado de paciento al la operacio kaj post ĝia plenumo estas nepre necesa, ĉar ni devas zorgi ne nur pri la ĝusta farado d'operacio mem, sed ankaŭ pri la bona efekto de ĥirurgia interveno.

Anamnezo, difino de la konstitucio, esploro de la koro, de sangvozoj, de spirvojoj (de ilia kapableco) kaj riparo de nenormaj kondiĉoj profilaktas kontraŭ multaj komplikaĵoj kaj antaŭgardas kontraŭ sangado, embolioj kaj trombozo.

Ĉe diabeto kaj minacanta acidozo la agadmaniero estas speciale atentinda

Elekto de anestezilo kaj de operacia metodo devas esti kritike pripensata kaj dum la operacio mem iafoje ŝanĝata.

Speciala preparado antaŭoperacia estas necesa ĉe operacioj de la stomako, intestoj, pankreaso, galvojoj.

Aplikado de purgiloj kaj precipe la nutrado ludas gravan rolon en la antaŭ — kaj postoperacia periodo, ankaŭ zorgado pri la kvieto kaj dormo de la paciento.

La efiko dependas en alta grado de la operacia maniero kaj de la ĝustatempa ellitiĝo de la malsanulo.

Grava estas fine psiĥa influo, precipe post provaj intervenoj.

Doc. D-ro Z. GRUDZIŃSKI kaj Drino K. WINNICKA, — Warszawa.

Al la demando pri diferenca diagnozo de stomaka kaj duodena ulcero.

Celo d'aŭtoroj estis esplori la valoron de simptomo, priskribita de *M. Fischman* kaj konsistanta en tio, ke la cekumo tute ne pleniĝas 4 horojn post la kontrasta matenmanĝo. *Fischman* konsideras tiun simptomon karakteran por stomaka kaj duodena ulcero. La aŭtoroj tamen opinias, ke la menciata simptomo efektive ludas certan rolon inter multaj aliaj simptomoj d'ulcero, sed ne estas karakteriza kaj havas plimalgravan diagnozan signifon, ol la simptomo de 6-hora stagnacio.

D-ro Leon SCHLAGER. — Warszawa.

Kazo d'arteriosklerozo de ventraj sangvazoj.

Kazo de „Claudicatio intermittens", en kiu poste okazis kelkfoje forta kolikojdaj doloroj en la tuta ventro kun simptomoj de intesta okluzio. Pro unu el similaj atakoj la paciento mortis.

La patologia — anatomia esploro montris forte disvolvitajn arteriosklerozajn ŝangojn kun trombozo d'abdominala aorto kaj de malgrandaj ventraj sangvazoj.

Aŭturo detale priparolas la kazon laŭ literaturo.

D-ro St. FRANK — Varsovio.

Kazo de stomaka kankro ce 19-jara fraŭlino.

A. priskribas la supran kazon Nek klinika esploro, nek subjektivaj plendoj permesis supozi similan diagnozon. Kontraŭe ĉio parolis pro benigna pilora stenozo, Unuan suspekton vekis x-radioj. La ĥirurgia interveno konfirmis la dagnozon. Pro metastazoj en la hepato kaj en mezenterio estis farita sole gar ksiro-enterostomio. Histologia esploro pruvis la ekziston de kankro, — ne de sa tomo, kiel oni povis supozi ĉe juna persono.

D-ro H. ADELFANG. Varsovio.

Pri duodenaj divertikloj.

Post detala priskribo de etiologio, patologia anatomio kaj patogenezo, A. citas 3 kazojn de supra malsano, lokalizitajn en la supera kaj transversa parto kaj en la duodena — jejuna fleksuro. En du kazoj la klinika diagnozo estis „kankro", la trian — oni opiniis „duodena ulcero".

Ciuj 3 kazoj pliboniĝis post konservativa terapio kaj litripozo